



Susan Salgueiro **Competências e Fundamentos da
Enfermagem Perioperatória**

Relatório de Estágio apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória realizado sob a orientação científica de Professora Doutora Lucília Nunes e Mestre Madalena Cabrita.

Outubro 2014

Susan Salgueiro **Relatório de Estágio**

Relatório de Estágio apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória realizado sob a orientação científica de Professora Doutora Lucília Nunes e Mestre Madalena Cabrita.

Outubro 2014

DECLARAÇÕES

Declaro que este Relatório de Estágio é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, 23 de Outubro de 2014

Declaro que este Relatório de Estágio se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, 23 de Outubro de 2014

Este trabalho é dedicado à minha família...

Ao meu pai, uma constante de alento.

À minha mãe, uma constante de esperança.

E ao meu irmão, uma constante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

À minha família, Fernando, Graça e Michael; que sempre me ensinaram e deram o essencial da vida, amor, esperança, fé e alegria; e que sempre estiveram presentes para partilhar os bons e os maus momentos, que me tornaram a pessoa que sou hoje.

Aos meus amigos, pela amizade e apoio.

A todos os meus colegas com que trabalho e partilho muitas horas do meu dia, e me ensinam tanta coisa.

A todos os enfermeiros perioperatórios, que proporcionam cuidados de enfermagem mais humanos.

A todos os professores, que deram de si e da sua experiência em cada aula.

À Professora Doutora Lucília Nunes, pelas muitas lições de vida.

À Mestre Madalena Cabrita, que ajudou este trabalho a tornar-se realidade, através da sua disponibilidade, orientação e dedicação.

E, a todos os que não foram mencionados mas que, à sua maneira única e especial, contribuíram e ajudaram neste trabalho.

“Constant attention by a good nurse may be just as important as
a major operation by a surgeon.”

Dag Hammarskjöld

RESUMO

Este relatório de estágio foi realizado em contexto perioperatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

O estágio, o relatório e o mestrado, tiveram como finalidade geral e concomitante: proporcionar conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências conduzindo à prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios, centrados na pessoa e, baseados na evidência científica.

Este relatório pretende apresentar os critérios que determinaram os objetivos de estágio, descrever as reflexões e a análise crítica realizadas sobre a prática dos cuidados de enfermagem inerentes às especificidades das especialidades cirúrgicas e o desenvolvimento profissional de competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória. Pretende ainda, apresentar o projeto individual desenvolvido através da Metodologia de Projeto, e concretizado, seguindo as etapas da Prática Baseada na Evidência. Através deste projeto, intitulado “*Teorização na área de Enfermagem Perioperatória*”, em que se realizou uma Revisão Integrativa de forma a responder à pergunta “*Que teorização tem sido desenvolvida na área de Enfermagem Perioperatória?*”; pudemos concluir que a teorização na área da Enfermagem Perioperatória não tem sido muito desenvolvida. Existe alguma evidência da aplicação de diversos tipos de Teorias de Enfermagem ao contexto perioperatório, nos quais se destaca o Modelo Perioperatório focado no Utente enquanto a única específica à área.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Perioperatório; Bloco Operatório; Teorias de Enfermagem

ABSTRACT

This curricular internship report was accomplished in a perioperative context, as part of the Nursing Masters program of the Escola Superior de Saúde of Instituto Politécnico de Setúbal.

The internship, the report and the Masters program have as a converging main goal the following: to provide the student with the know-how, reflection, analysis and clinical practice, which promote the development of competences that allow perioperative nursing health care. These should be based on scientific evidence but still be focused on the person undergoing surgery.

The report aims to present the criteria which determined the internship objectives, describe the reflection and critical analysis conducted on nursing practice and the specificities inherent to the surgical specialties; and further professional development leading to the degree of Master of Perioperative Nursing. The report also aims to present the individual project developed through Project Methodology, in which Evidence Based Practice was applied. Through this project, entitled *"Theorizing in the Perioperative Nursing area"*, in which an Integrative Review was conducted in order to answer the question *"What theory has been developed in the area of Perioperative Nursing?"*, it was concluded that theory in the Perioperative Nursing area hasn't been greatly developed. There is some evidence of the application of various types of Nursing Theories to the perioperative period. It's noteworthy to refer the Perioperative Patient Focused Model as the only theory specific to this area of nursing.

Keywords: Perioperative Nursing; Perioperative; Operating theatre; Nursing Theories

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

No sentido de uniformizar a compreensão deste trabalho, cabe a definição das seguintes abreviaturas e siglas, utilizadas ao longo do mesmo:

Abreviaturas

ex. – exemplo

Siglas

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESS|IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

EORNA – European Operating Room Nurses Association

MEPO – Mestrado em Enfermagem Perioperatória

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCA – Patient-Controlled Analgesia

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VAS – Visual Analogue Scale

VPO – Visita Pré-Operatória

VPOP – Visita Pós-Operatória

ÍNDICE

Introdução.....	19
I. Estágio.....	22
1. Objetivos de Estágio.....	24
2. Reflexão Crítica das Actividades Desenvolvidas em Estágio.....	26
Ambiente e Controlo de Infecção.....	26
Dinâmica e Cuidados de Enfermagem em Equipa em contexto Perioperatório.....	29
Especificidades dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios.....	42
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.....	47
II. Competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória.....	48
III. Projeto.....	51
1. Enquadramento Teórico.....	52
Enfermagem e Aspetos Históricos.....	52
Bloco Operatório e Enfermagem Perioperatória – Sua Evolução.....	54
Teoria de Enfermagem.....	58
2. Projeto – “Teorização na área de Enfermagem Perioperatória”.....	68
1ª Fase – Definição de uma Questão.....	69
2ª Fase – Pesquisa de Evidência.....	69
3ª Fase – Avaliação da Evidência.....	71
4ª Fase – Aplicação dos Resultados à Prática.....	81
Conclusão.....	84
Referências Bibliográficas.....	86
Apêndices.....	91
Apêndice I – Cronograma de Estágio.....	92
Apêndice II – Cronograma do Projeto Individual.....	93
Apêndice III – Artigo Científico “ <i>Teorias de Enfermagem no Contexto Perioperatório</i> ”.....	94

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Nível de Estrutura do Conhecimento das Teorias referidas nos artigos.....	76
Quadro 2 – Foco Primário das Teorias referidas nos artigos.....	77
Quadro 3 – Orientação da Prática de Enfermagem das Teorias referidas nos artigos.....	78
Quadro 4 – Aplicabilidade das Teorias dos artigos à Enfermagem Perioperatória.....	79
Quadro 5 – Propósito da Teorização nos artigos.....	80

INTRODUÇÃO

Este trabalho, intitulado Competências e Fundamentos da Enfermagem Perioperatória: Relatório de Estágio, proposto nas Unidades Curriculares Projeto/Estágio e Investigação II, do curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS|IPS), surge como instrumento de avaliação das duas unidades curriculares supra nominadas, com vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

O MEPO encontra-se organizado em três semestres, segundo o Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos (ECTS), num total de 90 ECTS. No entanto, este decorreu ao longo de apenas um semestre, composto pelas duas Unidades Curriculares anteriormente mencionadas, devido à conclusão prévia da Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória, como contemplado no regulamento do curso.

A finalidade geral do estágio e deste trabalho é concomitante com a finalidade do MEPO: proporcionar ao discente conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências, que permitirão a prestação de cuidados de enfermagem, centrados nas pessoas submetidas a cirurgia (nas fases pré, intra e pós-operatória), e baseados na evidência científica.

O estágio de âmbito perioperatório decorreu num Bloco Operatório (BO) central, de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, por um período de 12 semanas, mais precisamente de 4 de Abril a 4 de Julho de 2013, perfazendo uma carga horária de duzentas e trinta e seis horas (236h), sob orientação da Professora Mestre Madalena Cabrita e tutoria da Enfermeira Mestre Carmo Vargas.

O enfermeiro é o profissional de saúde, integrado na equipa multidisciplinar, que por excelência atende o utente como ser único, biopsicossocial e espiritual. A pessoa que vai ser

INTRODUÇÃO

submetida a um procedimento cirúrgico, além de vivenciar os aspetos inerentes à sua doença e a todo o processo de hospitalização, tem de lidar com elevados níveis de ansiedade. Esta ansiedade resulta do stress e medo do desconhecido associados ao ato anestésico e à intervenção cirúrgica (AESOP, 2012). Esta experiência, obviamente, não se inicia à porta do BO, e como tal a intervenção do enfermeiro também não. Por isso, a intervenção do enfermeiro perioperatório junto do utente, durante a sua experiência cirúrgica, é fundamental. Este cuida de utentes em situação de grande dependência, e como tal, atua como seu advogado durante todo o período perioperatório, salvaguardando a sua integridade (Hamlin *et. al.*, 2009).

Segundo a Association of periOperative Registered Nurses (AORN), a função do enfermeiro perioperatório é a de identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do utente e família de modo a organizar e implementar um plano individualizado de cuidados de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, conduzindo ao restabelecimento ou conservação da saúde e bem-estar do indivíduo nas fases pré, intra e pós operatórias (AESOP, 2012).

Por experimentarmos a complexidade e exigência da prática diária, pretendemos, através deste curso de mestrado, melhorar as competências enquanto Enfermeiro Perioperatório, para uma maior qualidade nos cuidados, e ainda, contribuir para o conhecimento científico da área. Este relatório constitui-se como um instrumento essencial para atingir esta meta. Como tal, propomos como objetivos deste trabalho:

- Descrever os Objetivos de Estágio definidos para o discente;
- Contextualizar e analisar criticamente a prática clínica no Estágio;
- Refletir sobre as Competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória;
- Apresentar o Projeto individual desenvolvido;
- Elaborar um Artigo Científico a partir do projeto individual.

O relatório encontra-se estruturado em três partes distintas: Estágio, Competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória e Projeto.

Na primeira parte, apresentamos os objetivos de estágio definidos pelo discente e a reflexão inerente à sua concretização, os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas no decorrer do estágio.

INTRODUÇÃO

A segunda parte consta de uma breve reflexão individual e pessoal, sobre o desenvolvimento das competências definidas para grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

A terceira e última parte que compõe o corpo do trabalho, é dedicada ao projeto desenvolvido, segundo Metodologia de Projeto, denominado “*Teorização na área de Enfermagem Perioperatória*”. Este foi efetuado seguindo as etapas da Prática Baseada na Evidência, com o intuito de responder à questão “*Que teorização tem sido desenvolvida na área de Enfermagem Perioperatória?*”, no sentido de sistematizar conhecimento científico na área.

Para terminar apresentamos a Conclusão, as Referências Bibliográficas e os Apêndices. Na conclusão exploramos os objetivos traçados no início do trabalho e sintetizamos aspetos significativos do projeto. Analisamos também os principais contributos do estágio e do projeto para o desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem Perioperatória no que se refere ao conhecimento científico e desenvolvimento profissional e pessoal. Refletimos ainda sobre as vantagens do estágio, e também as limitações. Terminamos deixando algumas sugestões que consideramos relevantes. As Referências Bibliográficas compreendem a totalidade das referências utilizadas, nomeadamente no Projeto. Por último, em Apêndices surge o Cronograma de Estágio, o Cronograma do Projeto, e o Artigo Científico “*Teorias de Enfermagem no Contexto Perioperatório*” redigido a partir do projeto.

I. ESTÁGIO

O estágio constitui um meio privilegiado de aprendizagem, na medida em que permite ao estudante experienciar novas situações beneficiando do apoio, conhecimento aprofundado e experiência do orientador. A troca de experiência e a mediação realizada pelo orientador permite uma análise crítica e reorientação da prática. O estágio ao proporcionar um momento valioso de reflexão e análise crítica da prática diária de enfermagem, permite desenvolver o espírito crítico em relação aos cuidados prestados e, quando acompanhado com a aplicação da evidência científica, o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro.

Como referido anteriormente, o estágio decorreu num BO central de um hospital distrital do Sistema Nacional de Saúde, integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Este BO é uma unidade cirúrgica constituída por sete *suites* operatórias e uma sala de operações, onde operam as seguintes especialidades: Otorrinolaringologia, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica, Urologia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Dermatologia, Pneumologia, Ginecologia, Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia Geral. Não se destina apenas ao desenvolvimento das atividades cirúrgicas, mas também à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata, dispondo por isso de duas Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) integrados no espaço físico do BO. A cirurgia eletiva funciona, durante a semana, no período da manhã (08h00 às 16h00), com 7 suites operatórias no ativo, e no período da tarde, até às 20h, com duas a três salas de prolongamento. A cirurgia de urgência é assegurada 24h por dia, sete dias por semana.

A equipa de enfermagem deste BO é considerada jovem e é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino. A maioria dos enfermeiros desempenham as diferentes atividades desenvolvidas no BO (anestesia, circulação, instrumentação e recobro), de forma a permitir a rotatividade e distribuição adequada dos profissionais, sem prejuízo para o utente, e possibilitando um bom funcionamento do serviço. Dada a complexidade inerente às especificidades das diversas especialidades, os enfermeiros

I. ESTÁGIO

encontram-se organizados por grupos, que se associam a um conjunto de especialidades. Cada grupo exerce a sua atividade maioritariamente nesse conjunto de especialidades. Toda a equipa de enfermagem está integrada e assim capacitada a desenvolver a função de anestesia nas diversas especialidades. Os cuidados prestados na UCPA são assegurados pela maioria da equipa.

Após a aprovação do local de estágio, apresentámos o Guia de Plano de Estudos e o Instrumento de Avaliação do Estágio à Enfermeira Chefe do BO, no dia 26 de Março de 2013, em reunião informal com a Enfermeira Chefe e a docente de referência. Nessa reunião foi acordada a concretização da maioria das horas de estágio, em cirurgia programada, nas especialidades cirúrgicas de Urologia, Otorrinolaringologia e Maxilofacial, e as restantes horas em contexto de cirurgia de Urgência.

Enquanto profissionais de enfermagem, na nossa prática diária exercemos as funções de enfermeiro de UCPA, e dentro da sala operatória as funções de anestesia, circulação e instrumentação, nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Pediatria e Cirurgia Plástica. Portanto, o desenvolvimento deste estágio nas especialidades de Otorrinolaringologia e Maxilofacial possibilitou uma oportunidade para adquirir novos conhecimentos e competências, em especialidades cirúrgicas bastante divergentes das restantes onde habitualmente desempenha-mos as nossas funções, o que pessoalmente foi bastante motivador. A cirurgia urológica, por seu lado, é uma especialidade mais similar, e que ocasionalmente colabora com a Cirurgia Geral e Ginecologia, quando surge compromisso do trato urinário, e se torna necessário realizar procedimentos urológicos especializados. Assim, constitui uma vantagem e contributo para a nossa prática diária, ao capacitar-nos para dar resposta a estas situações de maior complexidade, respondendo prontamente às necessidades do utente, e facilitando a gestão dos recursos humanos e materiais no BO. Os conhecimentos e experiência que advém da prática nestas especialidades, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UCPA na medida em que há uma maior sensibilidade e compreensão para os potenciais problemas associados às diversas intervenções cirúrgicas.

I. ESTÁGIO

O estágio, enquanto processo de aprendizagem e aplicação de conhecimentos, deve iniciar-se com a definição de objetivos. Seguidamente apresenta-mos os objetivos traçados para o estágio.

1. OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Os objetivos para este estágio foram delineados tendo por base os resultados esperados pela ESS|IPS, que constam no Guia do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória.

Como Objetivos de Estágio definimos:

- Conhecer a organização do contexto perioperatório
- Cumprir as regras de paramentação no BO.
- Conhecer as funções de cada indivíduo dentro da equipa multidisciplinar no BO.
- Aplicar conhecimentos sobre o Trabalho de Equipa de Enfermagem, em contexto perioperatório.
- Comunicar e colaborar enquanto elemento da equipa multiprofissional.
- Prestar Cuidados de Enfermagem, de qualidade, ao utente, durante toda a experiência cirúrgica (pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório).
- Adequar os cuidados a cada utente, na especificidade do seu contexto de trabalho.
- Realizar as funções da enfermagem perioperatória – anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos; e tomadas de decisão, de forma fundamentada.
- Conhecer especificidades dos Cuidados de Enfermagem inerentes às diferentes especialidades cirúrgicas, nomeadamente nas especialidades de Urologia, Otorrinolaringologia e Maxilofacial.
- Elaborar Planos de Cuidados individualizados, adequando-os à subjetividade de cada utente.
- Formular diagnósticos e resultados de enfermagem a partir de critérios e indicadores.
- Realizar a Visita Pré-operatória e Pós-operatória.
- Estabelecer uma Relação de Ajuda e Aconselhamento com o utente e família.

I. ESTÁGIO

- Estabelecer uma comunicação eficaz com o utente e família.
- Aplicar os conhecimentos na dimensão ética, deontológica e jurídica nos cuidados perioperatórios.
- Reconhecer a importância do Consentimento Livre e Esclarecido do utente, no contexto perioperatório.
- Implementar a Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
- Discutir, no seio da equipa multidisciplinar, aspetos relacionados com a Qualidade dos Cuidados e Segurança do utente no período intraoperatório.
- Proporcionar Conforto ao utente no período perioperatório.
- Conhecer todos os Dispositivos Médicos necessários para a indução e manutenção anestésica.
- Aplicar boas práticas ao manusear/manipular Dispositivos Médicos.
- Aplicar medidas de Controlo de Infecção.
- Reconhecer a importância do cumprimento de normas na preparação da mesa cirúrgica.
- Discutir aspetos relacionados com a preparação da mesa cirúrgica, nomeadamente, a prática de contagem de objetos quantificáveis (corto-perfurantes, compressas e instrumentos).
- Identificar os tempos operatórios com a separação adequada do material.
- Aplicar procedimentos de intervenção precoce no Tratamento e Controlo da Dor.
- Identificar, precocemente, situações que comprometam a vida do utente, aplicando critérios de prioridade de atuação em Emergência no BO.
- Conhecer os fármacos mais utilizados em situação de Emergência anestésica.
- Identificar e utilizar os Dispositivos Médicos adequados para as situações de intubação difícil.
- Elaborar Registos precisos para uma transmissão de informação eficaz.
- Utilizar na linguagem de enfermagem a taxonomia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), adaptada aos atuais sistemas de informação de enfermagem.
- Contribuir para o conhecimento científico na área de Enfermagem Perioperatória através da elaboração de um Projeto individual devidamente fundamentado.

Segue-se uma reflexão relativa à prática de cuidados no decorrer do estágio.

2. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Para apresentar a reflexão relativa à prática de cuidados, foi necessário organizar os objetivos, anteriormente enunciados, de forma ao autor criar uma lógica no raciocínio que se tornasse mais perceptível ao leitor. Neste sentido, organizamo-los por grupos temáticos: Ambiente e Controlo de Infecção, Dinâmica e Cuidados de Enfermagem em Equipa em contexto Perioperatório, Especificidades dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Associado aos objetivos propostos, foi delineado um cronograma, organizado em semanas, onde é apresentado o planeamento da concretização dos mesmos (Apêndice I).

Ambiente e Controlo de Infecção

- Descreve a organização do contexto perioperatório.
 - Aplica as regras de paramentação no BO.
 - Aplica medidas de controlo de infeção.
 - Reconhece a importância do cumprimento de normas na preparação da mesa cirúrgica.
 - Discute aspetos relacionados com a preparação da mesa cirúrgica, nomeadamente, a prática de contagem de objetos quantificáveis (corto-perfurantes, compressas e instrumentos).
 - Identifica os tempos operatórios com a separação adequada do material.
-

O enfermeiro perioperatório, para exercer as suas funções adequadamente, necessita de primeiro conhecer a estrutura e organização do BO.

I. ESTÁGIO

Em termos de estrutura e organização, o BO onde realizámos o estágio dispõe de um corredor duplo com isolamento de sujos, e com circuitos de material, pessoal e utentes bem delimitados. Um dos aspetos essenciais da organização de um BO é a existência de circuitos bem definidos (AESOP, 2012).

O utente, neste BO, circula sempre pelo mesmo corredor, entrando e saindo na zona de transfer de utentes. O pessoal, com exceção de um grupo específico de assistentes operacionais e pessoal da limpeza, circula no mesmo corredor que os utentes, entrando e saindo do BO pelos vestiários e zona de transfer dos profissionais de saúde. O material estéril e limpo circula pelo mesmo corredor que os utentes e os profissionais partilham, enquanto o material contaminado circula em corredor de sujos.

Conhecer e cumprir estes circuitos é fundamental pois, na complexidade de funcionamento dos blocos operatórios centrais, é um aspeto indispensável para o estabelecimento de uma assepsia progressiva. Esta acarreta uma circulação controlada, limitada e com barreiras para o pessoal, utentes e materiais; onde a circulação dos mesmos, ocorre das zonas menos limpas para as mais limpas, e a circulação do ar das zonas mais limpas para as menos limpas (AESOP, 2012). O objetivo da assepsia progressiva é obter um nível de assepsia o mais elevado possível na zona da incisão cirúrgica (UNAIBODE, 2001).

Nesta perspetiva de assepsia progressiva, distinguem-se três tipos de áreas: área livre, que inclui zonas de tranfer onde a circulação não é limitada; área semi-restrita, que inclui zonas de suporte periférico às salas operatórias, armazéns, salas de trabalho e corredores de acesso; e área restrita, que inclui as suites operatórias (sala operatória, sala pré-anestésica, sala de desinfeção, armazém de apoio à sala) (AESOP, 2012). A área semi-restrita e restrita obriga a uma adoção de indumentária própria. Na área semi-restrita é necessário utilizar uma farda característica do local, calçado específico (fechado e descontaminável) e um barrete para cobrir o cabelo, com o intuito de eliminar as partículas suportes de microrganismos (UNAIBODE, 2001). Na área restrita é obrigatório utilizar uma máscara sempre que se inicie a preparação cirúrgica das mãos e ou a abertura de material estéril. A utilização de vestuário próprio e regras de fardamento contribui para o controlo de infeção e consequentemente para uma assepsia progressiva.

No estágio, deparámo-nos com realidades divergentes no que diz respeito ao cumprimento da paramentação e zelo pelo controlo de infeção. Enquanto nas especialidades

de Otorrinolaringologia e Maxilofacial se criavam as condições para uma assepsia progressiva, mesmo sendo cirurgias limpas-contaminadas; na Urologia ocorria frequentemente um desrespeito por essas condições, na medida por exemplo da não utilização de máscara ou touca pelo cirurgião no decorrer da intervenção cirúrgica. Nestas ocasiões coube aos elementos da equipa de enfermagem alertar para a importância do cumprimento das regras e normas de paramentação no BO para o controlo de infeção.

No que respeita o controlo de infeção, importa ainda referirmo-nos a alguns aspetos específicos e intrínsecos ao papel do enfermeiro perioperatório. Para a realização deste papel é imperativo e fundamental que qualquer enfermeiro numa sala operatória (instrumentista, circulante e anestesia) desenvolva “consciência cirúrgica”. A consciência cirúrgica trata-se de um sistema de valores internos que levam a uma prática correta do profissional a qualquer altura do seu desempenho (AESOP, 2012).

O enfermeiro instrumentista, após a preparação cirúrgica das mãos, deverá preparar as mesas cirúrgicas, com o apoio do enfermeiro circulante. É importante que seja mantida a técnica asséptica, e que ocorra neste momento a contagem de objetos quantificáveis, como as compressas, instrumentos cirúrgicos e material corto-perfurante. A disposição dos instrumentos pelas mesas operatórias deve estar padronizada, contribuindo para a sua organização e funcionalidade (AESOP, 2012). Este aspeto permite e facilita a rendição/substituição do enfermeiro instrumentista quando esta tem de ocorrer, e diminui a probabilidade de retenção inadvertida de um objeto estranho. A verificação do estado e integridade do material e instrumentos cirúrgicos é um passo importante na produção de boas condições cirúrgicas.

O enfermeiro circulante e instrumentista colaboram também na preparação dos restantes elementos da equipa cirúrgica, vestindo a batas e luvas esterilizadas; e para a preparação do local cirúrgico, através a desinfeção do local cirúrgico e a colocação dos campos cirúrgicos. Tanto a colocação dos campos, como a desinfeção do local com antissépticos adequados, quando bem aplicados, visam minimizar o risco de infeção operatória (AESOP, 2010). No campo de estágio observámos que ocorre, por vezes, uma falha relativamente ao tempo de espera para a atuação dos antissépticos aplicados, sendo necessário e fundamental o enfermeiro reforçar a importância do cumprimento das orientações das boas práticas na utilização dos antissépticos.

Colocados os campos cirúrgicos, o enfermeiro instrumentista e circulante cooperam na conexão dos equipamentos da zona estéril à zona não estéril. A partir deste momento deve ser mantida uma vigilância do campo operatório no sentido de manter a técnica assética. O enfermeiro instrumentista no decorrer da cirurgia, ao identificar tempos operatórios contaminados, e ao atuar na sua contenção, através da separação do material contaminado, contribui para o controlo de infeção.

Importa também referir que, no final da cirurgia, a evacuação do instrumental cirúrgico para a zona suja do BO, seguindo a norma padronizada do serviço, e respeitando os circuitos próprio do material, é também da competência do enfermeiro instrumentista enquanto elemento ativo na manutenção da assepsia progressiva (AESOP, 2012).

Dinâmica e Cuidados de Enfermagem em Equipa em contexto Perioperatório

- Realiza as funções da enfermagem perioperatória – anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos; e tomadas de decisão, de forma fundamentada.
- Presta Cuidados de Enfermagem, de qualidade, ao utente, durante toda a experiência cirúrgica (pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório).
- Aplica conhecimentos sobre o trabalho de equipa de enfermagem, em contexto perioperatório.
- Conhece as funções de cada indivíduo dentro da equipa multidisciplinar no BO.
- Comunica e colabora no seio da equipa multidisciplinar.
- Conhece e atuar no Ambiente de Risco a que o utente e equipa multiprofissional é sujeito no contexto perioperatório.
- Aplica e discute conceitos de Gestão da Segurança.
- Realiza a Visita Pré-operatória e Pós-operatória.
- Elabora Planos de Cuidados individualizados, adequando-os à subjetividade de cada utente.
- Estabelece uma Relação de Ajuda e Aconselhamento com o utente e família.
- Estabelece uma comunicação eficaz com o utente e família.
- Aplica os conhecimentos na dimensão ética, deontológica e jurídica nos cuidados perioperatórios

I. ESTÁGIO

- Reconhece a importância do Consentimento Livre e Esclarecido do utente, no contexto perioperatório.
 - Implementa a Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
 - Discute, no seio da equipa multidisciplinar, aspetos relacionados com a Qualidade dos Cuidados.
 - Conhece os Dispositivos Médicos e fármacos necessários para a indução e manutenção anestésica.
 - Aplica boas práticas ao manusear/manipular Dispositivos Médicos.
 - Proporciona Conforto ao utente no período perioperatório.
 - Aplica procedimentos de intervenção precoce no tratamento da dor.
 - Elabora Registos precisos para uma transmissão de informação eficaz.
-

Respeitante às suas funções, o enfermeiro perioperatório deverá ter a capacidade de:

- *“Prestar cuidados de qualidade ao doente na sua globalidade enquanto:*
 - *Enfermeiro circulante;*
 - *Enfermeiro de anestesia;*
 - *Enfermeiro instrumentista;*
 - *Enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).*
- *Trabalhar numa equipa multiprofissional;*
- *Participar na humanização dos blocos operatórios (BO),*
- *Colaborar na organização e gestão de um bloco operatório”* (AESOP, 2006 p. 172).

Importa referir que as quatro funções do enfermeiro perioperatório, embora distintas, são complementares, e que o enfermeiro deve adquirir as competências específicas para o desempenho de todas estas durante a totalidade da experiência cirúrgica (pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório) (AESOP, 2012). Como tal, a promoção da segurança do utente e da equipa cirúrgica, só será possível quando as quatro funções do enfermeiro perioperatório forem praticadas segundo as dotações seguras.

Segundo a AESOP (2010) e a sua Prática Recomendada: Dotação Segura em Ambiente Perioperatório, deve existir:

I. ESTÁGIO

- Três enfermeiros por sala, em cirurgia eletiva e de urgência, nas funções de anestesia, circulação e instrumentação;
- Enfermeiros gestores no BO, com competência ao nível da gestão do risco clínico, melhoria contínua da qualidade, competências relacionais e comportamentais;
- Um enfermeiro de acolhimento, para receber o utente no BO;
- Enfermeiros no apoio às salas de operações;
- E, pelo menos dois enfermeiros na UCPA.

Na realidade do BO onde realizámos este estágio, são cumpridas as dotações seguras, possibilitando assim um melhor desempenho do enfermeiro perioperatório na sua prestação individual, e consequentemente um melhor desempenho da equipa multiprofissional.

O trabalho em equipa é essencial em contexto perioperatório, devido à natureza tão específica e exigente dos cuidados. A articulação entre os profissionais e suas funções, e a partilha de algumas responsabilidades dos elementos da equipa, é fundamental, de modo a assegurar cuidados seguros e de qualidade. *“A qualidade dos cuidados é indubitavelmente uma necessidade que deve resultar da interação entre humanização e excelência técnicas”* (AESOP, 2012 p.124). A polivalência dessas funções é um aspeto indispensável para o trabalho de equipa entre pares no perioperatório, contribuindo não só para a segurança e qualidade dos cuidados, mas também para a sua otimização, e rentabilidade dos recursos humanos (AESOP, 2012).

A equipa multidisciplinar nunca, em qualquer momento, deverá perder o foco dos seus cuidados de saúde – o utente.

O enfermeiro, dentro da equipa de enfermagem da sala operatória, que primeiro contacta com o utente a ser submetido à intervenção cirúrgica, é o que assume a função de anestesia. Este primeiro contacto ocorre na Visita Pré-Operatória (VPO), e torna-se a primeira intervenção por parte do enfermeiro perioperatório.

A VPO deve ser entendida como um *“(...) encontro entre doente e família mais próxima, enfermeira do serviço e a enfermeira da sala de operações, com o fim de se estabelecer uma relação de confiança e de responder às suas questões relacionadas com o desenrolar do dia na sala de operações, de atenuar o medo e o stress relacionado com a*

intervenção futura, de constatar o estado físico e psicológico do utente para estabelecer um plano de cuidados personalizado” (Cabrita, 2011 citando Cabrita 2004).

A VPO contribui decisivamente para que o enfermeiro perioperatório se constitua como o profissional de referência no BO. Produz cuidados mais individualizados e humanizados, ao envolver o utente na sua própria experiência cirúrgica, transmitindo-lhe sentimentos de autonomia e segurança. É importante que no decorrer desta se crie um espaço facilitador da relação de ajuda e aconselhamento, através de uma comunicação (verbal e não verbal) eficaz com o utente e sua família.

Assim, o plano de cuidados do enfermeiro perioperatório, transversal a todo o período perioperatório, resulta dos dados colhidos junto ao utente e seu processo clínico, no decorrer da visita.

Na prática diária dos cuidados perioperatórios constata-se a tendência de elaborar planos de cuidados “pré-estipulados”, ou seja, associar a uma dada intervenção cirúrgica um conjunto de diagnósticos e intervenções mais frequentes, nomeadamente:

- Risco de Retenção de Corpo Estranho, associado à utilização de instrumental cirúrgico e material quantificável (ex. compressas com contraste) no interior do utente;
- Risco de Queda, associado a alteração do estado de consciência do utente, devido a efeitos da pré-medicação ou à anestesia geral;
- Risco de Hipóventilação, associado à anestesia geral e ao relaxamento muscular necessário para a realização do procedimento cirúrgico;
- Risco de Aspiração, associado à anestesia geral e à perda de reflexos protetores da traqueia a ele associados;
- Risco de Hemorragia, associado à intervenção cirúrgica;
- Risco de Trombose Venosa Profunda, associado a posicionamento cirúrgico e/ou a utilização de garrote;
- Risco de Hipotermia, associado à exposição de vísceras e a temperatura do ambiente do BO;
- Risco de Hipertermia Maligna;
- Risco de Lesão Perioperatória por Posicionamento, lesões nervosas transitórias ou permanentes associado a posicionamento cirúrgico não adequado;
- Risco de Ulcera da Córnea, associado a ausência de reflexos protetores da córnea, ou devido a posicionamento cirúrgico não adequado;

I. ESTÁGIO

- Risco de Úlcera de Pressão, associado a forças de fricção ou torção ou zonas de pressão associadas ao posicionamento cirúrgico;
- Risco de Queimadura, associado à utilização de eletrocirurgia durante os procedimentos cirúrgicos ou fluidos de lavagem excessivamente quentes;
- Risco de Infecção, associado a qualquer procedimento invasivo;
- Dor, associado à agressão da intervenção cirúrgica, ou pré-existente.

Do que foi exposto, a maioria dos diagnósticos identificados são de risco, refletindo a natureza preventiva das intervenções do enfermeiro perioperatório. Poderá ser considerado erróneo, este plano de cuidados “pré-estipulado”, porém é da nossa opinião enquanto enfermeiros perioperatórios, que a sua associação à VPO e ao levantamento dos dados do utente, leva a um plano de cuidados completo e individualizado. Como por exemplo, um utente com antecedentes de colocação de uma prótese total da anca ou joelho necessitará de especial cuidado no posicionamento.

No estágio pudemos constatar que a visita proporciona cuidados de enfermagem com qualidade superior, sendo positivo para o profissional e para o utente. Nas especialidades de Otorrinolaringologia e Maxilofacial, habitualmente os utentes não se encontram internados ou então são internados a uma hora tardia na véspera da cirurgia, impossibilitando a realização da VPO. Porém na especialidade de Urologia, os utentes continuam a ser internados com a antecedência necessária para podermos realizar a VPO. Foi notório que o simples fato de haver um rosto de referência para o utente, à chegada da sala operatória reduz significativamente o estado de ansiedade do mesmo. Estes utentes frequentemente referiam, que os ensinamentos realizados na visita permitiram-lhes antecipar todo o elaborado percurso que tiveram que percorrer e as sensações e sentimentos a ele associados.

Após a realização da VPO é importante o enfermeiro partilhar a informação recolhida com os enfermeiros que irão desempenhar as funções de circulação e de instrumentação, de modo a todos contribuírem para a elaboração e execução do plano de cuidados. Tal passa nomeadamente, pela verificação da existência de material e equipamentos necessário para a intervenção cirúrgica decorrer em condições de segurança.

No dia da intervenção cirúrgica, ao chegar ao BO, o utente deve ser, como já anteriormente referido, acolhido por um enfermeiro que tem apenas essa função. Neste

momento de acolhimento deve ocorrer a verificação da identidade do utente, através de pulseira identificadora e confirmação oral, conforme as orientações da Direção-Geral da Saúde, pois existe o risco de identificação incorreta do utente, aquando uma deficiente identificação do mesmo. A confirmação do jejum; confirmação de ausência de próteses e adornos, e a confirmação da existência de alergias conhecidas, também são fundamentais no acolhimento. Esta verificação é fundamental para a segurança do utente, na medida em que reduz o risco de aspiração, associado a um jejum mal cumprido; reduz o risco de queimadura, associado a presença de próteses e adornos, e reduz o risco de administração de fármacos aos quais o utente poderá ter hipersensibilidade e consequências a si associadas.

A confirmação da existência de consentimento livre e esclarecido, além do consentimento assinado no processo clínico, também deverá ser realizado no momento do acolhimento. É importante referir que, nem sempre o consentimento assinado subentende a existência de consentimento livre e esclarecido. O conceito de consentimento informado é composto por dois componentes fundamentais: compreensão e livre consentimento. *“Conjuntamente, estes dois conceitos, quando assumidos pelo doente, são a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de auto-responsabilização e liberdade de escolha.”* (Entidade Reguladora da Saúde, 2009, p.3).

No estágio contactámos com alguma frequência a ausência de consentimento assinado, e ainda alguns casos de inexistência de um consentimento esclarecido. É evidente aqui a importância da intervenção do enfermeiro junto da restante equipa multiprofissional, no sentido de alertar para a necessidade de esclarecer o utente, enquanto direito do mesmo. Torna-se por isso fundamental o estabelecimento de uma comunicação eficaz com os outros profissionais de saúde.

O enfermeiro que acolhe o utente deverá proporcionar sentimentos de segurança, na realização destas tarefas, e deverá orientá-lo relativamente ao percurso e ambiente do BO. Tal contribuirá para o controlo e redução do medo e ansiedade sentidas pelo utente. O conforto e privacidade deve ser também um foco de atenção por este enfermeiro.

Pode-se então afirmar que a intervenção deste promove a segurança e conforto do utente à entrada do BO.

O utente, após o momento de acolhimento, é conduzido até à sala pré-anestésica da suite operatória, onde o espera a restante equipa de enfermagem. A *suite* operatória, é “o

conjunto de locais onde se processam as atividades diretamente relacionadas com o ato cirúrgico (podem ser, mas não estão limitados a: sala de operações, sala de desinfecção, sala de pré-anestesia, sala de apoio de esterilizados anexa) ” (AESOP, 2012 p.20).

Antes da entrada do utente para a sala operatória, a equipa de enfermagem deve prepará-la adequadamente. O enfermeiro de anestesia deve desenvolver competências na área de anestesia, o que implica conhecimentos em relação às várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos, e métodos de monitorização (AESOP, 2012). Cabe-lhe portanto, preparar todo o material necessário para anestésiar o utente em segurança (fármacos para a indução, manutenção e reversão anestésica; material de entubação oro traqueal, condutor, pinça de Magyl, etc.), antevendo qualquer necessidade de material para uma emergência anestésica, como no caso de uma entubação difícil.

O enfermeiro circulante deve desenvolver competências que o permitam responder às necessidades do utente e equipe multidisciplinar, através de atividades de controlo de infeção, gestão de risco e gestão organizacional da sala (AESOP, 2012). Como tal, cabe ao enfermeiro circulante, em colaboração com o enfermeiro instrumentista, assegurar a disponibilidade do material e equipamentos necessários à cirurgia.

Estando preparada a sala operatória, poder-se-á dar a entrada do utente. Neste momento, assim como durante a indução anestésica, deverá ser proporcionado um ambiente calmo e com pouco ruído.

Dever-se-á também dar início à Lista de Verificação de Cirurgia Segura. Através de um gesto simples, *“como a mera verificação de uma lista (“Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica”) enumerando os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (antes, durante e após), com envolvimento ativo de todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica, traduzem-se em amplos benefícios já bem demonstrados em estudos internacionais, nomeadamente, numa significativa redução das taxas de complicações e de mortalidade.”* (DGS, 2010 p.1). A Lista de Verificação de Cirurgia Segura é uma nova ferramenta na gestão do risco dentro do BO, contribuindo para a melhoria na qualidade dos cuidados.

Na fase pré-operatória, através desta lista é verificado o consentimento informado, a identidade do utente, o local da cirurgia e o procedimento cirúrgico a ser realizado, a

funcionalidade dos equipamentos anestésicos e a disponibilidade de condições para uma anestesia segura.

No local de estágio, é o enfermeiro de anestesia que assume a execução desta verificação, tornando-se por vezes difícil a sua implementação devido à falta de colaboração da restante equipa multidisciplinar. O fato desta se executar e registar informaticamente, contribui para a participação de toda a equipa na sua efetivação, pois tornou-se assim efetivamente obrigatório a sua realização e implementação. No decorrer da Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória, complementar a este mestrado, a Lista de Verificação de Cirurgia Segura foi um tema discutido com bastante interesse, tendo surgido a partilha de experiências da realidade de outros blocos operatórios. Constatamos a desvalorização da Lista Segura por parte dos médicos, sobretudo dos cirurgiões. Pensamos que gradualmente estes profissionais compreendam a importância da Lista Segura enquanto estratégia de comunicação entre profissionais e utente, contribuindo positivamente para o sucesso cirúrgico e para a qualidade dos cuidados.

Após o enfermeiro de anestesia proceder à monitorização do utente, este apoia o anestesista na indução anestésica. No decorrer da cirurgia, este enfermeiro deve “(...) *manter uma observação e vigilância intensivas; ter capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir; estar apto a actuar em situações de urgência e emergência*” (AESOP, 2006 p.110).

É importante referir, que com o momento de indução anestésica o utente perde a sua autonomia, e conseqüentemente, a equipa multidisciplinar passa a assumir a responsabilidade total do zelo pela sua integridade. O enfermeiro, no seio da equipa multiprofissional, é o elemento que mantém uma relação mais íntima com o utente, estando por isso numa posição privilegiada para dar uma resposta mais adequada às suas necessidades. E, por este motivo, aqui o enfermeiro deverá assumir plenamente, e por excelência, o papel de advogado do utente, que “(...) *de acordo com a própria etimologia da palavra “advogar” (do latim *advocare*, “tomar como defensor”, “falar por”) teria como finalidade garantir o respeito pela autonomia do paciente em qualquer circunstância e independentemente do profissional de saúde que fosse responsável por dirigir a acção*” (Veiga, 2004, p.385). É fundamental que

o enfermeiro mantenha o utente como foco dos seus cuidados e atenção, para poder desempenhar este papel de advocacia competentemente.

Por vezes, tal torna-se um desafio, pois, é necessário ter a competência de ser advogado do utente, sem se tornar adversário de outros profissionais de saúde (Queirós, 2001). O enfermeiro perioperatório, como em qualquer outro contexto, deve proteger o utente contra qualquer dano ou prejuízo, e responsabilizar-se por este até que ele esteja novamente capacitado para tomar as suas próprias decisões (AESOP, 2012). Neste contexto em específico, tal é fulcral pois mesmo quando consciente o utente poderá não deter o conhecimento e esclarecimento necessário para tomar as suas decisões e exercer o seu direito de autonomia. É fundamental, para o efeito, que o enfermeiro tenha presente o Código Deontológico e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), assim como os direitos do utente. Esta advocacia na prática passa por aspetos como a promoção da autonomia, segurança, privacidade e dignidade do utente.

Estando finalizada a indução anestésica, o enfermeiro circulante procederá com o apoio da restante equipa, nomeadamente o cirurgião, ao posicionamento do utente. O posicionamento é uma atividade pluridisciplinar, fundamental na segurança intra-operatória do utente, estando-lhe associados riscos, como lesões nervosas, vasculares e cutâneas, cujas consequências podem influenciar o equilíbrio hemodinâmico e ventilatório (AESOP, 2012).

“O principal objectivo de um determinado posicionamento do paciente na mesa operatória é dar resposta às exigências do acto operatório e permitir a condução da anestesia, ao mesmo tempo que é respeitada a sua integridade física. A complexidade do posicionamento decorre da necessidade de dar resposta a estes objectivos, tendo em conta a dependência e a diminuição da vigilância do paciente (UNAIBODE, 2001 p.69).

Como foi possível observarmos, o posicionamento é um momento em que toda a equipa deverá colaborar. No entanto, o enfermeiro toma um papel fundamental no sentido de alertar a restante equipa para limitações do utente e as suas implicações para a sua segurança e conforto durante o posicionamento. Cabe também ao enfermeiro promover, nesta instância, a utilização de material adequado (ex. colchões de espuma, sogas de gel, etc.).

No momento do posicionamento, devem ser tomados cuidados com a regulação da temperatura do utente. A temperatura ambiente na sala operatória é sempre baixa, entre os 20

e 22°C, no sentido de inibir o desenvolvimento bacteriano e, portanto, reduzir a incidência de infecção (Phipps [et.al.], 2003). Cabe ao enfermeiro colaborar e proporcionar o controlo da temperatura corporal do utente, através da sua monitorização e regulação, utilizando para o efeito equipamentos específicos (ex. sonda de temperatura, aquecedor de soros, mantas de aquecimento, etc.).

É ainda de referir, que antes de proceder á preparação do local cirúrgico, é necessário colocar o eléctrodo neutro na posição mais adequada (tendo em atenção o local da cirurgia, próteses, etc.). Este visa prevenir o choque ou queimadura interna ou externa do utente (AESOP, 2012). O eléctrodo neutro deverá ser colocado o mais próximo do local a operar, sem risco de se molhar com a solução antisséptica utilizada, e tendo o cuidado de ficar bem aderente à pele.

Nesta fase procede-se à segunda parte da Lista de Verificação de Cirurgia Segura; que consta da verificação de administração de antibióticos, disponibilidade de exames de diagnóstico essenciais, monitorização adequada do utente, sendo fundamental o trabalho de equipa eficiente, e boa comunicação. No local de estágio, como já referimos anteriormente, também nesta fase é difícil a confirmação da lista de verificação cirúrgica por falta de colaboração de toda a equipa.

Durante a intervenção cirúrgica o instrumentista deve zelar pela manutenção da técnica asséptica. Deve realizar corretamente e em tempo útil a passagem de instrumentos, reduzindo o tempo cirúrgico ao evitar tempos mortos. A manutenção da organização da mesa cirúrgica, com separação do material para diferentes tempos operatórios, é também da responsabilidade da enfermeira instrumentista. Todos estes fatores reduzem o risco de infecção do local cirúrgico.

A limpeza dos instrumentos e a utilização adequada dos mesmos promove sua durabilidade, e reduz os custos do procedimento cirúrgico. Para esta redução também contribui a gestão dos gastos e o controlo dos dispositivos médicos, em colaboração com a enfermeira circulante. No controlo dos dispositivos médicos importa sublinhar a contagem de compressas e restante material quantificável, no início e final da cirurgia. Esta contagem previne a retenção inadvertida de dispositivos médicos no utente, e reflete a importância e

responsabilidade destes enfermeiros na segurança do utente durante a cirurgia (AESOP, 2012).

O enfermeiro circulante também deverá colaborar com o enfermeiro instrumentista na gestão dos gastos inerentes ao procedimento cirúrgico, na manutenção da técnica asséptica e na triagem de resíduos. É de sublinhar, portanto, que o enfermeiro circulante desempenha um papel chave na sala operatória, através da vigilância intensiva que exerce sobre o utente, a equipa e o ambiente, no sentido de garantir e contribuir para a segurança de todos.

No decorrer da cirurgia o enfermeiro de anestesia e circulante deverão proceder à documentação dos cuidados. É fundamental este registo das intervenções realizadas pela equipa de enfermagem para a continuidade dos cuidados.

No final da cirurgia, o enfermeiro de anestesia colaborará com o anestesista na reversão da anestesia, proporcionando um despertar confortável ao utente.

Dá-se, neste momento, a realização da terceira e ultima fase da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Nesta consta a verificação do procedimento cirúrgico, da correta rotulagem de produtos para análise e cuidados individualizados e específicos ao utente; o que permite a identificação dos eventos intraoperatórios e uma monitorização de alta qualidade (DGS, 2010).

Pelo descrito, é notório o ambiente de risco (riscos físicos, químicos, biológicos e ambientais) a que o utente está exposto em contexto perioperatório, e a relevância do papel do enfermeiro perioperatório na manutenção da sua segurança e conforto. A intervenção atempada e adequada deste, influencia positivamente a qualidade dos cuidados, dando resposta às necessidades do utente e contribuindo para os indicadores de saúde que tanto se investe no presente.

A transferência do utente para a UCPA é da responsabilidade de toda a equipa de enfermagem, exigindo uma comunicação escrita e verbal eficaz, de modo a garantir a continuidade dos cuidados e evitar a perda de informação (Hughes e Mardell, 2009). A informação transmitida deve incluir: a identificação do utente (nome, idade e nº de processo

clínico); antecedentes pessoais, nomeadamente a existência de alergias conhecidas; intervenção cirúrgica a que o utente foi submetido e sob que tipo de anestesia; tipo de penso operatório, existência de drenagens; intercorrências operatórias; terapêutica administrada; e alguma indicação específica relativamente aos cuidados ao utente. No BO onde decorreu o estágio existe muito o espírito de equipa e inter-ajuda no desenvolvimento destas atividades.

A UCPA é “*um espaço concebido para o cuidado ao doente submetido a um ato anestésico.*” Com “*(...) unidades altamente especializadas, equipadas com meios técnicos e humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos durante um período de tempo curto, mas crítico que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica*” (AESOP, 2012 p. 156).

O enfermeiro de UCPA, desenvolve os seus cuidados “*(...) investindo toda a sua experiência e saber na prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, na detecção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis e na preparação do doente para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto*” (AESOP, 2006 p. 160).

Este enfermeiro procede a uma avaliação do estado de consciência e orientação do utente, e realiza uma observação física para despiste de complicações cirúrgicas e anestésicas. Após a avaliação inicial, formula diagnósticos de enfermagem contribuindo para a construção do plano de cuidados do utente. Os cuidados de enfermagem na UCPA implicam a realização e documentação de avaliações das funções respiratória, circulatória e neurológica, a intervalos frequentes, centrando-se assim na manutenção da ventilação, circulação e controlo da dor (Phipps [et.al.], 2003).

O controlo da dor é uma prioridade para o enfermeiro de UCPA. A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial ou assim descrita (Sorensen e Luckmann, 1998). O período perioperatório tem associada a si, uma dor intrínseca – dor perioperatória - presente no doente cirúrgico, independentemente da idade, causada por doença preexistente, pela intervenção cirúrgica, ou a conjugação de ambas (Martins, 2011).

I. ESTÁGIO

De modo a poder atuar sobre a dor, é necessário primeiro avaliá-la. Foram desenvolvidos uma variedade de instrumentos para avaliar a dor, nomeadamente: a escala visual analógica, escala visual numérica, escala qualitativa (ou classificação verbal), e escala das faces. A escala utilizada, para um determinado utente, deve ser mantida. No BO do estágio verificámos que a dor é avaliada através de três escalas, a escala do observador, a escala verbal e a Visual Analogue Scale (VAS); e, a associação destas três escalas, permite uma avaliação mais eficaz da dor e da eficiência e efeito da analgesia.

Dentro do controlo analgésico no pós-operatório surgem vários dispositivos, dos quais destacamos a Patient-Controlled Analgesia (PCA), que possibilita ao utente dosear a sua própria analgesia, através de um botão, de acordo com as suas necessidades e respeitando intervalos de segurança. A PCA é programada pelo enfermeiro, segundo prescrição médica, que deve incluir os intervalos mínimos permitidos entre descargas (Macintyre e Schug, 2007), garantindo a segurança do utente.

Outra grande prioridade do enfermeiro de UCPA é o conforto do utente. Este proporciona o conforto através da alteração de decúbitos (posicionamentos) e, através da regulação da temperatura do utente.

O registo dos cuidados realizados mantém-se fundamental, nomeadamente para possibilitar a passagem de informação para o enfermeiro do serviço de internamento, assegurando a continuidade dos cuidados.

Na UCPA é importante existir uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar, nomeadamente com o anestesista. O anestesista é um elemento chave na dinâmica de uma UCPA, pois é apenas após a avaliação deste médico que o utente poderá ter alta. Constatámos no estágio que é fundamental existir uma articulação adequada e saudável entre o enfermeiro e o anestesista, caso contrário a dinâmica da UCPA é comprometida, levando em situações mais extremas a paragens de programas de salas operatórias por falta de vagas no recobro.

O último momento de contacto com o utente, por parte do enfermeiro perioperatório é na Visita Pós-Operatória (VPOP). A realização da VPOP possibilita “(...) a avaliação de todo o processo interventivo do enfermeiro perioperatório” (AESOP, 2006 p.127). Assim, esta proporciona a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios

(avaliando os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e o nível de satisfação do cliente) e a melhoria da qualidade através da implementação de medidas corretivas (Cabrita, 2011).

A AESOP define como objetivos específicos da VPOP: avaliar a perceção do utente (cuidados de enfermagem); avaliar se os objetivos da visita VPO foram atingidos; avaliar a importância que os utentes atribuem à visita VPO; identificar o nível de satisfação do utente; estimular o utente a desenvolver potencialidades que facilitem a recuperação; dar oportunidade ao utente de fazer críticas e dar sugestões que possam melhorar a experiência cirúrgica; avaliar as expectativas do utente em relação à visita pós-operatória; operacionalizar a última etapa do processo e implementar medidas corretivas futuras (AESOP, 2006).

As VPOP que tivemos oportunidade de realizar em contexto de estágio, foi uma das experiências mais significativas e gratificantes. Do discurso dos nossos utentes, pudemos constatar o significado que tem para eles, o interesse e os cuidados dos enfermeiros.

As visitas pré e pós operatórias, constituem a marca da presença do enfermeiro perioperatório na experiência cirúrgica do utente. O enfermeiro deixa de ter um papel subsidiário e passa a ser estruturante. A humanização dos cuidados perioperatórios é o produto final de todos estes processos.

Ao refletir na totalidade do percurso que o utente submetido a intervenção cirúrgica vive, torna-se evidente que é realmente importante investir na humanização dos cuidados perioperatórios, incentivando a crescente envolvimento do utente na sua própria experiência cirúrgica. *“O objetivo da humanização do hospital situa-se deste modo, numa linha de crescimento e verdadeiro progresso pela qualidade de vida”* (AESOP, 2012 p.124).

Especificidades dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios

- Adequa os cuidados a cada pessoa, na especificidade do seu contexto de trabalho
- Conhece especificidades dos Cuidados de Enfermagem inerentes às diferentes especialidades cirúrgicas, nomeadamente nas especialidades de Urologia, Otorrinolaringologia e Maxilofacial.
- Formula diagnósticos e resultados de enfermagem a partir de critérios e indicadores.

- Identifica, precocemente, situações que comprometam a vida do utente, aplicando critérios de prioridade de atuação em Emergência no BO.
 - Conhece os fármacos mais utilizados em situação de Emergência anestésica.
 - Identifica e utiliza os Dispositivos Médicos adequados para as situações de intubação difícil.
-

No que se refere às especificidades dos cuidados de enfermagem tivemos oportunidade, como anteriormente abordado, de desenvolver competências nas especialidades de Urologia, Otorrinolaringologia, Maxilofacial, e ainda em cirurgia de urgência. A experiência anterior ao estágio nestas especialidades era escassa, uma vez que apenas tínhamos tido oportunidade de desenvolver a função de enfermeiro de anestesia.

É importante referir que no caso das especialidades cirúrgicas de Otorrinolaringologia e Maxilofacial, o tipo de patologias e as dificuldades inerentes a estas permitiu-nos conhecer melhor os dispositivos médicos e técnicas utilizadas nas situações de intubação difícil. Esta foi uma mais-valia fulcral pois, situações de intubação difícil podem ocorrer em qualquer especialidade, muitas vezes inesperadamente. Esta experiência irá certamente melhorar a nossa prestação de cuidados em situações similares.

Especificidade de Cuidados de Enfermagem na especialidade cirúrgica de Urologia

Esta é uma especialidade médico-cirúrgica recente, que se dedica ao aparelho urinário dos dois sexos, e ao aparelho genital masculino (UNAIBODE, 2001). A urologia foi das primeiras especialidades a individualizar-se da cirurgia geral, devido às técnicas de diagnóstico e terapêutica (ex. endoscopia e radiologia), e às particularidades da cirurgia (ex. próstata e vias urinárias) (Silva, 2002).

Com o desenvolvimento tecnológico, as técnicas clássicas, também denominadas por “via aberta”, têm vindo a ser substituídas por técnicas menos invasivas, como é o exemplo da cirurgia endoscópica. A maior especificidade da instrumentação desta especialidade reside na diversidade e evolução técnica do material endoscópio (UNAIBODE, 2001).

I. ESTÁGIO

Na realidade do estágio tivemos oportunidade de manusear diferentes tipos de instrumentos utilizados na cirurgia endoscópica urológica como é o caso do ureterorenoscópio, cistoscópio e nefroscópio. A complexidade e fragilidade deste tipo de material deve ser do conhecimento do enfermeiro, de forma a que seja capaz de o manipular corretamente, no sentido de preservar o material. Foi uma oportunidade enriquecedora no sentido que permitiu aprofundar os nossos conhecimentos em relação à cirurgia endoscópica, através do contato com os materiais e instrumentais específicos da urologia.

Na técnica endoscópica urológica, é utilizado soluções de irrigação para a visualização do campo operatório. Associado ao seu uso, surge o perigo de derrame de líquidos, e por isso, um maior Risco de Queda e Risco de Queimadura Elétrica. Outro risco pertinente de referir é o Risco de Exposição à Radiação emitida pelo intensificador de imagem. Torna-se fundamental a utilização de material de proteção, nomeadamente coleite de chumbo e protetor de tireoide. Deparámo-nos que os enfermeiros que mais frequentemente se encontravam nesta especialidade, tinham um dosímetro de radiação, que lhes permite conhecer os seus níveis de exposição à radiação, e assim gerir o risco inerente.

Constatámos com a experiência do estágio, que uma das maiores preocupações pós-operatórias dos utentes submetidos a intervenção cirúrgica urológica, é a permeabilidade dos cateteres e drenagens vesicais. A formação de coágulos, ou uma hemorragia ativa deve ser despistada através da monitorização das drenagens. O desconforto provocado pelas drenagens vesicais e por lavagens vesicais contínuos, é outra das preocupações principais nos utentes desta especialidade. O esclarecimento e ensino nestas situações poderão contribuir para a melhoria do conforto do utente.

Especificidade de Cuidados de Enfermagem nas especialidades cirúrgicas de Otorrinolaringologia e Maxilofacial

A otorrinolaringologia, é uma especialidade complexa devido à diversidade das técnicas operatórias e a instrumentação a elas associadas (UNAIBODE, 2001). É uma especialidade que abrange as patologias do nariz, ouvido, boca, faringe, laringe e face. Tal como aconteceu com a urologia, e a maioria das especialidades cirúrgicas, com o desenvolvimento das técnicas endoscópicas, surgiram tratamentos menos agressivos e mais funcionais (UNAIBODE, 2001).

A otorrinolaringologia envolve um instrumental muito específico, utilizando nomeadamente motores pneumáticos ou elétricos, material endoscópico (ex. laringoscópio com apoio torácico), e equipamentos sofisticados, como os aparelhos de laser e microscópio.

Com o decorrer da experiência de estágio, a noção da complexidade da especialidade de otorrinolaringologia foi aumentado. Embora as cirurgias possam ser de curta duração, envolvem instrumentais complexos. É necessário ter um conhecimento aprofundado das cirurgias e do instrumental disponível, para que seja possível realizar uma gestão eficiente face aos planos operatórios. No estágio tivemos oportunidade de contactar com a maioria do material e instrumental.

No que se refere à cirurgia maxilofacial, esta é uma especialidade que tem muitos “(...) campos de aplicação:

- a cirurgia da cavidade bucal e seus anexos, do esqueleto facial e dos tegumentos, que tem múltiplas facetas em função das diversas patologias encontradas;
- a cirurgia dos tecidos moles da face, que engloba também a sutura das feridas faciais simples ou complexas, a correcção de cicatrizes, assim como a exérese dos tumores cutâneos e a reconstituição dos tecidos, ou ainda a cirurgia das glândulas salivares principais. Em função dos objectivos do estabelecimento, pode acrescentar-se-lhe também a cirurgia estética;
- a cancerologia oromaxilofacial, que contempla essencialmente os carcinomas epidermoides da mucosa bucal favorecidos pela intoxicação alcoólotabágica, e mais raramente os tumores malignos das glândulas salivares acessórias e os sarcomas dos maxilares. Estas patologias neoplásicas conduzem a intervenções muitas vezes mutilantes que justificam reparações por retalhos locais, regionais ou à distância, do tipo miocutâneos, ou ainda retalhos livres micro-anastomosados;
- a traumatologia facial simples ou complexa, que atinge por vezes as regiões vizinhas, de tipo craniofaciais, necessitando então de uma colaboração estreita com os neurocirurgiões;
- as malformações neonatais, tais como as fendas labionarinais ou véupalatinas, que são da competência de cirurgiões maxilofaciais especializados neste domínio. A correcção das malformações do adulto: prognatismo, retrognatia, laterognatia, necessita muitas vezes,

na preparação e após osteotomias, da colaboração de um ortodontista, quer seja estomatologista ou odontologista;

- a patologia do aparelho dentário, dentes inclusos, complicações sépticas das afecções dentárias, celulites supuradas isto é, extensivas difusas ou de tumores odontogénicos, a maior parte das vezes benignos, que justificam o recurso a intervenções práticas sobre anestesia geral.” (UNAIBODE, 2001 p.131 e 132).

Esta especialidade envolve também a área de traumatologia e reconstrução, o que implica a utilização de material de contenção e osteossíntese. No estágio foi muito interessante conhecer este material e manipula-lo, pois envolve conhecimentos e competências anteriormente não desenvolvidas. Esta experiência irá facilitar no futuro, o domínio da cirurgia orto traumatológica.

A permeabilidade das vias aéreas é um dos focos dos cuidados pós-operatórios destas duas especialidades. A hemorragia discreta e/ou mesmo o tamponamento do nariz com hemostáticos, poderá provocar um grande desconforto e ansiedade ao utente. É importante por isso, que o enfermeiro além de verificar e garantir a boa permeabilidade das vias aéreas e boa ventilação/oxigenação do utente, proporcione o conforto do utente realizando um ensino relativo ao tamponamento e à respiração alternativa pela boca, controlando a sua ansiedade.

Situações de Emergência

Importa reportar que em contexto de estágio foram realizados dois turnos em contexto de cirurgia de urgência. Apesar desta pouca oportunidade em contexto de estágio, temos alguma experiência anterior em cirurgia de urgência/emergência.

Em termos anestésicos surgem frequentemente a necessidade da realização de indução de sequência rápida, e por vezes vias áreas difíceis com a necessidade de recorrer a material específico como a Lamina de Laringoscópio McCoy, frovas ou mesmo FastTrach ou AirTraq. É vital para o utente, que os profissionais de saúde conheçam e saibam manipular este material, do carro de intubação difícil, pois a Via Aérea é o A da abordagem ABCDE do utente emergente, ou seja, sem estar estabelecida a via aérea o utente entra em falência multiorgânica.

No que se refere a circulação e instrumentação, é importante e fulcral nas situações de urgência/emergência o estabelecimento de prioridades. No caso de utentes com hemorragia interna ativa, por exemplo, é necessário disponibilizar material e equipamentos que permitam a incisão do local a intervir, e material hemostático, sempre atendendo à manutenção da técnica asséptica. No entanto, a natureza urgente/emergente da intervenção cirúrgica, não deverá justificar a desvalorização de sentimentos como a ansiedade e medo dos utentes, que nestas situações, são maiores, pelo que também deve ser uma prioridade da equipa de enfermagem.

A organização dos cuidados de enfermagem por funções facilita a resposta a situações de emergência, pela divisão das funções dos enfermeiros perioperatórios e o trabalho de equipa, amplamente descritas neste relatório. A experiência no perioperatório exige ao enfermeiro a mobilização de conhecimentos e habilidade para a rápida identificação de focos de instabilidade e intervenção efetiva.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

-
- Utiliza na linguagem de enfermagem a taxonomia CIPE, adaptada aos atuais sistemas de informação de enfermagem.
-

A CIPE *“é uma classificação de: fenómenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem, que descreve a prática de enfermagem”* (Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003 p. XIII).

Apesar de ser resultado esperado da ESS|IPS a utilização da linguagem CIPE nos sistemas de informação, tal não foi possível porque o BO onde se realizou o estágio não tem atualmente implementado os sistemas de informação de enfermagem. No entanto, no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória, tivemos oportunidade de aplicar os conceitos e linguagem CIPE no estudo de caso realizado na Unidade Curricular de Enfermagem Perioperatória I.

II. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Segundo Correria (2002) o desenvolvimento de competências ocorre com o decorrer do tempo, através de um percurso pessoal de processo de aprendizagem, sendo este processo complexo, cimentado na reflexão individual e aberto à desconstrução para estruturação de novos conhecimentos.

“Entende-se como competência um conjunto de conhecimentos, capacidades de acção e comportamentos estruturados em função de uma finalidade e numa determinada situação” (AESOP, 2012 p.172).

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Perioperatória a ESS|IPS definiu como o perfil de competências para Mestre:

- Demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação;
- Aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.
- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.
- Comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.
- Demonstrar capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Nesta etapa, é importante consciencializar que, através deste mestrado pretendíamos dar resposta à complexidade e exigência do contexto perioperatório, capacitando-nos para a prática diária de cuidados de enfermagem de qualidade através da aquisição e desenvolvimento de competências.

As disciplinas do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória permitiram adquirir conhecimentos que serviram de suporte à prática. Este é um processo bastante diferente do habitual, em que a aprendizagem se baseia na observação. Apesar de a observação ser considerada como um dos meios mais poderosos para a transmissão de valores, atitudes e padrões de pensamento, consideramos muito importante a reflexão sobre a prática e os saberes adquiridos.

Nem sempre foi possível transferir os conhecimentos para a ação profissional, uma vez que esta tem lugar em contextos que são marcados pela singularidade e a incerteza. Para fazer face a algumas dificuldades encontradas é determinante a vontade pessoal que está relacionado com o que cada pessoa quer para si enquanto profissional.

É importante manter o foco dos nossos cuidados no utente e no seu bem-estar, e trabalharmos para a nossa satisfação pessoal e profissional, que só é possível através de um investimento contínuo numa formação baseada na evidência científica.

Com o estágio e a reflexão a ele inerente, tornou-se para nós evidente a necessidade de um olhar mais crítico sobre a prática, e *“Se os cuidados de enfermagem são a atenção prestada a uma pessoa (...) por um enfermeiro, com vista a ajudá-la, utilizando (...) as competências que fazem deles profissionais de enfermagem, é na aquisição e no desenvolvimento dessas competências, que definem o enfermeiro, que se baseia a formação. Consequentemente, o objectivo da formação tanto inicial como contínua consiste em contribuir para o desenvolvimento de uma «pessoa enfermeira» cujo perfil é determinado tanto por conhecimentos como por aptidões e qualidades humanas.”* (Hesbeen, 2000, p. 119).

O enfermeiro enquanto profissional deve contribuir para a sua própria formação e para o conhecimento científico da área em que exerce e, sendo que o contexto perioperatório é muito específico e exigente, cria a necessidade acrescida de investir nessa formação contínua.

Foi nesta perspectiva que nos propusemos a estudar os fundamentos da prática de enfermagem perioperatória e contribuir para o conhecimento científico nesta área específica de cuidados.

Através da reflexão do estágio, é nítido que utilizámos o processo de enfermagem como base para os nossos cuidados. *“O processo de enfermagem é uma série de etapas e acções planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas”* (Sorensen& Luckmann, 1998 p. 140). Como em qualquer área de cuidados de enfermagem, a enfermagem perioperatória organiza os seus cuidados através desta metodologia científica própria – o processo de enfermagem, composto por várias fases e que orientam o agir em Enfermagem: *“a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de Enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; c) A formulação do diagnóstico de Enfermagem; d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de Enfermagem; e) A execução correcta e adequada dos cuidados de Enfermagem necessários; f) A avaliação dos cuidados de Enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.”* (REPE, 1996, Art.º 5º 3).

No entanto, para *“a utilização proveitosa do processo de enfermagem, um profissional necessita da aplicação dos conceitos e teorias de enfermagem (...), para que ofereça um fundamento racional para a tomada de decisões, julgamentos relações interpessoais e ações”* (George, 1993 p. 36). É neste contexto que surgiu o Projeto individual exposto na próxima secção do trabalho.

III. PROJETO

Um projeto “*é uma actividade prática significativa, de valor educativo, visando um ou vários objectivos. Implica pesquisas, a resolução de problemas e, muitas vezes, uma produção*” (Matos [et. al.], 2009 p. 26). Tal como referido, este projeto surge enquanto resultado esperado pela ESS|IPS no âmbito do MEPO, e enquanto objetivo individual de contribuir para o conhecimento científico na área perioperatória.

Para melhorar a qualidade da prática diária dos cuidados de enfermagem perioperatórios é necessário compreender melhor os seus fundamentos, construindo o suporte para os cuidados prestados enquanto profissional de enfermagem.

Quando se discute qualidade dos cuidados de saúde e a sua melhoria, faz sentido articular com a **Prática Baseada na Evidência**, pois as boas práticas profissionais subentendem uma prática reflexiva (Gaig e Smyth, 2004). A prática baseada na evidência foi inicialmente discutida na área da medicina, e foi definida como o “*uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde aos doentes*” (Gaig e Smyth, 2004 citando Sackett [et al], 1997, p.2).

Segundo Sackett *et al*, a prática baseada na evidência ocorre em cinco etapas:

- Converter a necessidade de informação em questões claras,
- Procurar evidência para responder à questão,
- Avaliar criticamente a evidência, na validade e utilidade,
- Integrar os resultados na perícia clínica e aplicar os resultados,
- Avaliar o desempenho (Gaig e Smyth, 2004).

No sentido de criar uma prática baseada na evidência, e assim melhorar os nossos cuidados, a partir da reflexão inerente a esse objetivo, deparamo-nos com o facto de que enquanto enfermeiros, atualmente utilizamos o processo de enfermagem enquanto base da

nossa prática. É do nosso conhecimento que qualquer área de enfermagem necessita de uma base de conhecimento teórico para efetuar a tomada de decisões nos cuidados. Pois, a tomada de decisão é uma determinação autónoma e não produto de fatores externos (Amendoeira, 2008). Por este motivo, no nosso Projeto Individual, resolvemos debruçarmo-nos sobre o assunto e compreender a base de fundamentos aplicados à Enfermagem Perioperatória.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Enfermagem e Aspetos Históricos

A Enfermagem existe desde que uma pessoa cuidou de outra (Sorensen& Luckmann, 1998).

O cuidar é um ato inerente a todas as pessoas pois, em algum momento da vida, há necessidade de ser cuidado ou cuidar de alguém. *“Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso «tomar conta» da vida para que ela possa permanecer”* (Collière, 1999, p.27).

Cuidar em Enfermagem diferencia-se de qualquer outro cuidar pois, *“(...) transporta actos físicos mas, abarca a mente-corpo-alma à medida que reclama o espírito corporizado, como centro da sua atenção (...) interessa-se pela arte de ser humano. Faz apelo a uma presença de ser autêntico, do profissional, no momento de cuidar mobilizando uma atenção de cuidar-curar intencional.”* (Watson, 2002, p.10-11).

O cuidado de Enfermagem a nível europeu, entre 700 D.C. e 1500, era prestado em casa, por membros da família do indivíduo doente, ou nos mosteiros, por monges e freiras (Judd, Sitzman e Davis, 2009). Com a destruição da maioria destes mosteiros, durante a Guerra dos Trinta Anos, surgem os primeiros hospitais públicos (Judd, Sitzman e Davis, 2009). Nestes os cuidados de enfermagem eram de natureza empírica prestados por mulheres leigas que não pertenciam a nenhuma ordem religiosa.

Devido às condições medíocres era difícil manter um quadro de empregadas adequado, pelo que, como consequência, o estado começou a colocar nos hospitais mulheres

III. PROJETO

com problemas socioeconómicos nomeadamente mulheres com hábitos alcoólicos, muito pobres e/ou prostitutas, cuja alternativa que tinham era a de irem para casas de pobres (Judd, Sitzman e Davis, 2009).

A Enfermagem deixa de ter associada esta imagem denegrida com Florence Nightingale.

Florence Nightingale, “*Dama da Lâmpada*”, transformou a imagem da Enfermagem não só devido ao seu contexto socioeconómico, pertencendo a uma boa família com uma boa educação; mas pelo seu mérito como pioneira na organização da Enfermagem enquanto profissão. Nightingale conseguiu esta mudança através dos seus trabalhos de investigação e da constituição de formação e treino específicos para as enfermeiras, através de uma Escola de Enfermagem.

Esta fez parte do primeiro grupo de enfermeiras a auxiliar na Guerra da Crimeia. A partir da sua experiencia durante a guerra, defende que os cuidados de Enfermagem deveriam incidir em aspetos como a limpeza do ambiente, promoção da ventilação, iluminação, calor adequado e higiene de forma a promover a ação da natureza no processo de cura do doente (Nightingale, 2005).

Segundo Nightingale a enfermeira deveria cuidar da pessoa no seu todo, e não apenas da doença (Sorensen& Luckmann, 1998).

Após a fundação da Escola de Enfermagem de Florence Nightingale, no Hospital de Saint Thomas, começam a surgir escolas de Enfermagem por todo o mundo.

Em Portugal no ano de 1881, surge o primeiro curso de Enfermagem, no Hospital Universitário de Coimbra; sendo que apenas no ano de 1918 é que a enfermagem passa a ser designada como profissão (Bilbao, 2010). Em 1988 o curso de Enfermagem adquire o grau académico de Bacharel, passando a integrar-se no Ensino Superior Politécnico. Em 1999 o curso de Enfermagem em Portugal passa ao grau académico de Licenciatura (Bilbao, 2010). Neste mesmo ano ocorre o primeiro mandato da Ordem dos Enfermeiros (OE).

A OE é uma associação que organiza todos os profissionais de Enfermagem portugueses, assegurando a sua habilitação académica e profissional e assim a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, e sua regulação. Esta refere que os cuidados de

Enfermagem procuram “(...) ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, (...) a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, (...) a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 8-9).

Bloco Operatório e Enfermagem Perioperatória – Sua Evolução

“A história dos blocos operatórios está intrinsecamente ligada à história da cirurgia e da higiene hospitalar.” (AESOP, 2012 p. 4).

Dos primeiros procedimentos cirúrgicos relatados constam a circuncisão e a trepanação do crânio. A circuncisão poderá ser reconhecida como a cirurgia eletiva mais antiga, existindo evidência da sua realização no tempo do antigo Egipto, cerca de 2400 ou 3000 A.C., através de gravuras gravadas em túmulos (Ellis, 2001). Por seu lado, a partir de crânios recolhidos de escavações por todo o mundo, conclui-se que a trepanação do crânio, se realiza há mais de 10 000 anos, e que apesar de não ser realizado com anestesia ou com conhecimentos científicos apropriados, existia uma boa taxa de sucesso e recuperação após o procedimento (Ellis, 2001). Ambos os procedimentos cirúrgicos eram, segundo dedução, realizados não apenas por motivos médicos mas associados à religiosidade ou crenças.

As raízes da medicina moderna surgem na Grécia Antiga, o berço de muitos dos grandes filósofos. É nesta civilização que nasce Hipócrates, considerado o pai da medicina (Ellis, 2001). Ao longo da sua vida Hipócrates escreveu muitos livros sobre medicina e cirurgia; e é dos primeiros a referir-se à desinfeção de feridas, utilizando vinho ou água em ebulição (AESOP, 2012). No seu livro *On The Surgery*, este aborda as condições em que se realizavam os procedimentos cirúrgicos, como a sala onde estes se realizavam, os instrumentos cirúrgicos e a iluminação (Cabral, 2004).

III. PROJETO

As primeiras “salas operatórias” surgem cerca de 1800, e eram salas contíguas às enfermarias. Tinham como objetivo criar um isolamento físico, para garantir a privacidade do doente e da equipa (AESOP, 2012).

Neste século emergem os primeiros conceitos de controlo de infeção, através dos contributos científicos de Semmelweis, que estudou a relação entre a febre puerperal e a presença de microrganismos invisíveis e, de Pasteur e Lister que investigaram a relação entre os microorganismos e a doença (AESOP, 2012 e Cabral, 2004).

É também por esta altura, que Florence Nightingale, no decorrer da guerra da Crimeia, contribui para a evidência da importância do controlo de infeção através da sua filosofia de cuidados que levou à redução da taxa de mortalidade dos soldados feridos (Cabral, 2004).

Entre o ano de 1900 e 1914 o cirurgião e sua equipa passaram a adotar medidas e comportamentos significantes no que respeita o controlo de infeção, como por exemplo: a lavagem das mãos antes da cirurgia, a utilização de luvas e batas no decorrer da cirurgia, a cobertura dos cabelos, e a utilização de máscara cirúrgica (AESOP, 2012).

Todas estas conceções e comportamentos contribuíram para a evolução das salas operatórias.

Após a Primeira Guerra Mundial, emerge a necessidade de se criar uma unidade específica no seio hospitalar, com acessos e circuitos próprios e surge assim o conceito e a estrutura do bloco operatório (AESOP, 2012).

O desenvolvimento da tecnologia conduziu a um aumento da complexidade da sala operatória e a mudanças das práticas perioperatórias (cirúrgicas e anestésicas), a alterações nos cuidados ao doente perioperatório e na própria estrutura do bloco operatório. Atualmente, o BO é definido como “(...) *uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar, tratar ou melhorar a qualidade de vida. É constituído pelo conjunto de várias Salas de Operações ou Suítes Operatórias reunidas numa mesma imobiliária e que funciona de forma autónoma.*” (AESOP, 2006, p.20).

III. PROJETO

O progressivo aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas contribuiu significativamente na formação dos cirurgiões, assim como o das enfermeiras que aí permaneciam (Cabral, 2004). No início do séc. XX, a atividade da enfermeira na sala operatória mudou radicalmente.

“A enfermagem perioperatória, cujo primeiro conceito aparece em 1978, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao utente e família, que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica ou a um procedimento invasivo no serviço de bloco operatório” (Cabral, 2004 p. 32).

No início do séc. XX, nos EUA, a Enfermagem Perioperatória é considerada como a primeira área de especialização em Enfermagem (AESOP, 2012).

A contante preocupação de formar adequadamente os enfermeiros que prestavam cuidados nesta área foi-se verificando, através da organização de cursos avançados, da elaboração de normas de procedimentos para o BO, culminando na fundação da American Association of Operating Room Nurses (AORN), agora conhecida como Association of periOperative Registered Nurses (AESOP, 2012).

A AORN surgiu da preocupação comum das enfermeiras chefes de todo o país, em responder às necessidades do doente cirúrgico através de cuidados de enfermagem específicos (AESOP, 2012). Os objetivos iniciais desta associação, foram:

- *“Motivar os enfermeiros de todo o país a formarem grupos com interesses semelhantes;*
- *Formar um grupo específico para partilhar conhecimentos e saberes nesta área;*
- *Providenciar um óptimo nível de cuidados aos doentes, através de um programa de educação;*
- *Definir um corpo de conhecimentos próprio para os enfermeiros de sala de operações;*
- *Motivar os enfermeiros de sala de operações com mais experiencia a partilharem os seus conhecimentos de uma forma estruturada e contínua;*
- *Fundar uma associação para benefício educacional de todos os enfermeiros de sala de operações.”*

(AESOP, 2012 p.5-6).

Em Portugal, até à década de 80, a enfermagem exercida nas salas operatórias realçava o modelo biomédico, centrando-se nas capacidades técnicas necessárias a desempenhar em vez do doente (AESOP, 2012). No entanto, com a influência de vários países europeus e, consecutivamente com a formação do primeiro grupo europeu de enfermeiros de sala de operações, EORNA (European Operating Room Nurses Association), foi identificada a necessidade de se mudar o foco dos cuidados de enfermagem prestados no bloco operatório.

A EORNA, à semelhança da AORN, procurou unificar as competências e práticas de enfermagem perioperatória, visando linhas de orientação da formação, de boas práticas e definição de padrões de qualidade para os cuidados perioperatórios; só possível com a articulação entre as associações de enfermeiros perioperatórios dos vários países europeus.

É neste contexto que em Portugal, no ano de 1986, é fundada a AESOP, *“defendendo que o trabalho dos enfermeiros tem que ser orientado pelo e para o doente. Este passa a ser o principal alvo dos seus cuidados. É por ele e para ele que o trabalho no bloco operatório passa a ser planeado, executado e avaliado.”* (AESOP, 2012 p. 6).

A sua criação foi fundamental para a evolução da Enfermagem Perioperatória a nível nacional contribuindo para a fundamentação teórica das práticas perioperatórias e na normalização das mesmas, constituindo a entidade de referência a nível nacional. Para a AESOP (2012) a *“Enfermagem Perioperatória representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado.”* (p. 8).

Esta entidade propôs um modelo avançado de Enfermagem Perioperatória, intitulado Modelo de Formação e Prática da Enfermagem Perioperatória, enquanto conjunto de características essenciais para a prática de enfermagem nesta área. Neste modelo, o enfermeiro perioperatório aplica saberes específicos antes, durante e após a cirurgia, e desenvolve funções enquanto prestador de cuidados, advogado do doente, de líder, de investigador, de educador e de gestor (AESOP, 2012).

Teoria de Enfermagem

“A construção de teorias de enfermagem é a formalização de tentativas de descrever, explicar, prever ou controlar estados de relações em enfermagem (fenómenos de enfermagem)” (Tomey e Alligood, 2004 p. 35).

No início do século XX, os líderes da enfermagem constatarem que havia a necessidade de existir uma base de conhecimento para a prática de enfermagem profissional, pelo que todo o enfermeiro trabalhou no sentido de desenvolver um corpo substancial de conhecimento de enfermagem profissional (Tomey e Alligood, 2004). O primeiro objetivo era o de tornar a enfermagem numa profissão reconhecida, o segundo era o de dedicar cuidados aos utentes enquanto profissionais (Tomey e Alligood, 2004).

De acordo com Tomey e Alligood (2004), decorrentes destas alterações, surgiram quatro eras distinguidas: *era do currículo*, *era da investigação*, *era do ensino graduado* e *era da teoria*. A *era do currículo* refere-se à época em que foi dada ênfase aos cursos de enfermagem enquanto uniformizadores dos currículos dos enfermeiros (Tomey e Alligood, 2004). Nesta dá-se a passagem dos cursos de Enfermagem dos hospitais para as faculdades e universidades. Este investimento na formação, em níveis de ensino cada vez mais elevados, nomeadamente mestrados e doutorados, levou à *era da investigação* e consequentemente à *era do ensino graduado* (Tomey e Alligood, 2004). Assim os cursos de enfermagem passaram a incluir disciplinas de investigação e Teorias de Enfermagem e/ou Modelos Conceptuais que vão dar origem à *era da teoria*.

A Teoria de Enfermagem trata do conhecimento mais sistemático sobre a Enfermagem, tornando-se por isso vital para a disciplina e para a profissão (Tomey e Alligood, 2004). Segundo George (2000) citando Meleis (1991), a Teoria de Enfermagem é uma conceitualização articulada e comunicada de uma realidade fabricada ou descoberta na Enfermagem, tendo por finalidade descrever, explicar, e prever o cuidado de Enfermagem. Com o aumento do quadro de conhecimentos, compreendeu-se que a investigação sem teoria produzia informação isolada, enquanto em conjunto originavam a ciência de enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

III. PROJETO

Nos anos 70, durante a transição da Enfermagem de vocação para profissão, surge a questão que marca significativamente o desenvolvimento da teoria de enfermagem, contribuindo para conceção da Enfermagem enquanto ciência – “*A enfermagem será baseada noutra disciplina ou baseada na enfermagem?*” (Tomey e Alligood, 2004).

O desenvolvimento da Teoria de Enfermagem, nos anos 80, conduziu à transição do período pré-paradigma para o período de paradigma (Tomey e Alligood, 2004). “*Os paradigmas prevaletentes (modelos) forneceram diversas perpectivas para a prática, a administração, o ensino, a investigação e para o posterior desenvolvimento da teoria de enfermagem. A proposta de conceitos de enfermagem globais como um metaparadigma introduziu (...) uma estrutura organizacional para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem na literatura de enfermagem*” (Tomey e Alligood, 2004 p. 5). Os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, constituíram esse metaparadigma, permitindo analisar os vários trabalhos teóricos de Enfermagem de forma sistemática, facilitando a perceção do crescimento da ciência de Enfermagem e do conhecimento a si inerente (Tomey e Alligood, 2004). “*A pessoa pode representar um indivíduo, uma família, uma comunidade ou toda a humanidade. Neste contexto, a pessoa é aquele que recebe o cuidado de enfermagem. A saúde representa um estado de bem-estar decidido, mutuamente, pelo cliente e pela enfermeira. O ambiente pode representar os arredores imediatos, a comunidade ou o universo com tudo o que contém. A enfermagem é a ciência e a arte da disciplina.*” (George, 2000 p. 11).

Torna-se, neste ponto, relevante o esclarecimento da terminologia utilizada no âmbito da Teoria de Enfermagem.

Metaparadigma – Nível mais abstrato do conhecimento, determinando os principais conceitos no âmbito de uma disciplina.

Filosofia – Nível de conhecimento que especifica as definições dos conceitos do metaparadigma, segundo os diferentes modelos conceptuais de Enfermagem.

Paradigma ou Modelo Conceptual – Estrutura que fornece uma perspectiva única da enfermagem e seus fenômenos.

Teoria – Grupo de conceitos que se relacionam pela ação, proporcionando a prática.

Teoria de Enfermagem – Grupo de conceitos que provêm dos Modelos de Enfermagem.

Grande Teoria – Teoria alargada e extensa, que poderá ser testada, mas limitada aos aspetos da enfermagem a que se refere.

Teoria de Médio Alcance – Nível menos abstrato do conhecimento, incluindo pormenores característicos da prática de Enfermagem.

(Tomey e Alligood, 2004).

O desenvolvimento de Teorias de Enfermagem, de forma sistematizada, contribuiu para o avanço da Enfermagem e conduziu ao seu progresso enquanto ciência. Como tal é relevante tornar explícito as fases implícitas no desenvolvimento das teorias. Este conhecimento permite ainda, a revisão e teste das mesmas.

Segundo Tomey e Alligood (2004), Hage identificou seis elementos de uma teoria completa, sublinhando a sua importância. O primeiro elemento são os conceitos. Estes são os componentes base da teoria, classificando os fenômenos em discussão (Tomey e Alligood, 2004). Os conceitos são palavras que representam a realidade, permitindo a sua comunicação (George, 2000). Poderão ser abstratos, se não forem observáveis, ou empíricos, se forem percebidos pelos sentidos (George, 2000). O segundo elemento que deve compor uma teoria são os postulados. Os conceitos, anteriormente referidos, tornam-se irrelevantes, se não tiverem relacionado com um conjunto de postulados que os interligam (Tomey e Alligood, 2004). E, se não forem claramente definidos, pode surgir ambiguidade na sua compreensão e da própria teoria, levando assim ao terceiro elemento necessário numa teoria, as definições (Tomey e Alligood, 2004). As definições podem ser teóricas ou operacionais. Outro elemento necessário numa teoria são as ligações que surgem associadas aos postulados criados entre os conceitos, podendo estas ser também teóricas ou operacionais (Tomey e Alligood, 2004). No

III. PROJETO

entanto, tem de existir um fundamento lógico na sua formulação. O último elemento que Hage refere é a ordenação. Sem a ordenação lógica de todos os componentes da teoria, não pode existir uma ordem conceptual na teoria (Tomey e Alligood, 2004).

Considera-se também relevante referir as três formas de organizar um sistema conceptual e constituir uma teoria, que existem: conjunto-de-leis, axiomática e processo causal. A primeira forma é a de Conjunto-de-Leis, em que há a organização de resultados de uma investigação empírica (Tomey e Alligood, 2004). Outra forma é a Axiomática, onde há uma definição explícita de conceitos e declarações dispostas de forma hierárquica (Tomey e Alligood, 2004). Por último, a forma de Processo Causal, com o desenvolvimento de postulados que descrevem mecanismos causais entre variáveis dependentes e independentes (Tomey e Alligood, 2004).

Ainda neste âmbito, consideramos relevante referir os critérios implícitos à análise e avaliação das teorias. Segundo Chinn e Krammer (1991), devem ser considerados cinco critérios: clareza (semântica e estrutural), simplicidade, generalidade, aplicabilidade empírica e consequências (George, 2000).

O processo de análise e avaliação das teorias permite aos enfermeiros testarem e desenvolverem as teorias, levando ao alargamento dos conhecimentos da ciência de enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

Seguidamente apresentamos uma perspetiva geral dos trabalhos Teóricos de Enfermagem.

Florence Nightingale	<u>Filosofia</u>
	Abordagem filosófica da Enfermagem focada na relação entre o doente e o ambiente (ventilação, aquecimento, luz, dieta, limpeza e barulho) e sua manipulação para o processo reparador do doente e sua saúde.
Ernestine Wiedenbach	<u>Filosofia</u>
	Abordagem da Enfermagem enquanto arte. Teoria postula que a Enfermagem clínica responde à necessidade de ajuda do doente, através da identificação das suas necessidades e administração de ajuda necessária para as satisfazer.

III. PROJETO

Virginia Henderson	<p><u>Filosofia</u></p> <p>Enfermagem enquanto arte. Teoria identifica 14 Necessidades Humanas Básicas que compreendem os componentes dos cuidados de Enfermagem: respiração, comida e bebida, eliminação, movimento, descanso e sono, roupas apropriadas, temperatura corporal, corpo limpo e tegumento protegido, ambiente seguro, comunicação, culto, trabalho, lazer e aprendizagem. Distinguidos três níveis de relação enfermeira-doente, em que a enfermeira é: substituto do doente, ajudante do doente ou parceira do doente.</p>
Faye Glenn Abdellah	<p><u>Filosofia</u></p> <p>Formulação de 21 problemas de Enfermagem baseados numa revisão de estudos de pesquisa de Enfermagem, nomeadamente as 14 Necessidades Humanas Básicas de Henderson e sua investigação.</p>
Lydia Hall	<p><u>Filosofia</u></p> <p>Explica o funcionamento da Enfermagem através de 3 círculos encadeados representantes do doente: corpo (cuidar), doença (cura) e a pessoa (núcleo). Os cuidados de Enfermagem profissionais aceleram a recuperação e, à medida da menor necessidade de cuidados médicos, mais cuidados de Enfermagem eram necessários.</p>
Jean Watson	<p><u>Filosofia</u></p> <p>Identifica 10 fatores de cuidados: formação de um sistema de valores humanista-altruísta, instilação da fé-esperança, cultivo da sensibilidade perante si mesmo e perante os outros, desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança, promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, utilização sistemática do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão, promoção de ensino-aprendizagem interpessoal, fornecimento de um ambiente mental.</p>
Patricia Benner	<p><u>Filosofia</u></p> <p>Teoria fenomenológica que descreve o cuidado como um elo comum entre as pessoas, localizado no significado, que é um estado de existência essencial à Enfermagem.</p>

III. PROJETO

Dorothea Orem	<p><u>Modelo Conceptual de Enfermagem</u></p> <p>Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem em que o auto-cuidado é uma necessidade humana e a Enfermagem é um serviço humano. Este modelo identifica 3 tipos de sistema de Enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educação.</p>
Myra Levine	<p><u>Modelo Conceptual de Enfermagem</u></p> <p>Modelo de Conservação compreende 3 teorias: Teoria da Conservação, Teoria da Redundância e a Teoria da Intenção Terapêutica.</p>
Martha Rogers	<p><u>Modelo Conceptual de Enfermagem</u></p> <p>Seres Humanos Unitários</p> <p>Enfatiza a ciência e arte de Enfermagem.</p>
Dorothy Johnson	<p><u>Modelo Conceptual de Enfermagem</u></p> <p>Modelo de Sistema Comportamental considera a ligação ou subsistema de afiliação, como pedra angular das organizações sociais.</p>
Irmã Callista Roy	<p><u>Modelo Conceptual de Enfermagem</u></p> <p>Modelo de Adaptação em que são sintetizadas diferentes teorias, tais como sistema, stress e adaptação numa visão coletiva para uma explicação da perfeita interação com o ambiente.</p>
Betty Neuman	<p><u>Modelo Conceptual de Enfermagem</u></p> <p>Modelo de Sistemas compreende 2 teorias, a da estabilidade ótima do doente, e a da prevenção como intervenção. Os conceitos que o integram são abordagem da totalidade das pessoas, holismo, sistema aberto, fatores de stress, fontes de energia, linhas de resistência, linhas de defesa, intervenção, níveis de prevenção e reconstituição.</p>
Imogene King	<p><u>Modelo Conceptual de Enfermagem</u></p> <p>Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria de Consecução de Objetivos. Neste são especificados os seguintes sistemas interativos e conceitos: sistema pessoal, percepção, self, imagem do corpo, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço; sistema interpessoal, papel, interação, comunicação, transação e stress; e sistema social, organização, estatuto de poder autoridade, tomada de decisão e o papel.</p>

III. PROJETO

Nancy Roper	Modelo de Enfermagem baseado nas 12 Atividades de Vida. As doze atividades descrevem a pessoa no processo de viver.
Hildegard Peplau	Teoria de Enfermagem Tem bases na Enfermagem Psicodinâmica. Identifica seis papéis da enfermeira: estranha, pessoa de recurso, professora, líder, substituta e conselheira; e quatro fases na relação enfermeira-doente: orientação, identificação, exploração, e resolução.
Ida Jean Orlando	Teoria do Processo de Enfermagem. Utiliza a relação interpessoal enfermeira-doente em resposta às necessidades verbais e não-verbais do doente e nas reações da enfermeira ao comportamento do doente. Utiliza o processo de enfermagem para dar resposta às necessidades do doente com uma ação deliberada e o alívio do sofrimento.
Joyce Travelbee	Modelo de Relação Pessoa a Pessoa. Nesta teoria defende que a Enfermagem era realizada através das relações pessoa-a-pessoa.
Katharine Kolcaba	<u>Teoria de Médio Alcance</u> Teoria do Conforto em que são definidas as necessidades de conforto físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais.
Ramona Mercer	Teoria da Consecução do Papel Maternal, que visa os fatores que influenciam o desenvolvimento do papel maternal ao longo do tempo.
Kathryn Barnard	Teoria da Interação da Avaliação da Saúde Infantil, em que as características individuais de cada membro influenciam o sistema pais-filhos e que o comportamento adaptável modifica essas características para satisfazer as necessidades do sistema. Centra-se na interação mãe-criança com o ambiente.
Madeleine Leininger	Teoria do Cuidar Transcultural. Alguns dos conceitos da teoria são o cuidar, a cultura, os valores culturais e as variações culturais.
Rosemarie Parse	Teoria de Enfermagem derivada do modelo conceptual de Rogers. Enfermagem enquanto ciência humana.

III. PROJETO

Merle Mishel	Teoria da Incerteza na doença.
Margaret Newman	Teoria de Enfermagem derivada do modelo conceptual de Rogers. Os principais conceitos são o movimento, tempo, espaço e consciência.
Evelyn Adams	Teoria de Enfermagem focada no conceito de Enfermagem, tendo por base a definição de Virgínia Henderson.
Nola Pender	Teoria identifica fatores cognitivo-percetuais no indivíduo, que são modificados por características demográficas e biológicas, influências interpessoais e fatores situacionais e comportamentais que ajudam a prever a participação na promoção da saúde.

(Tomey e Alligood, 2004).

“A teoria de enfermagem continua a crescer e a estimular a orientação erudita para a prática, a investigação, o ensino e a administração de enfermagem” (Tomey e Alligood, 2004 p. 720).

É nesse sentido que se sublinha que, *“O poder de uma enfermeira é aumentado através do conhecimento teórico, pois os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisões na prática profissional e é mais provável que sejam bem sucedidos. (...) Por conseguinte, a teoria conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão”* (Tomey e Alligood, 2004 p. 12-13).

Para a concretização do projeto, foi utilizada a Metodologia de Projeto.

A **Metodologia de Projeto** *“baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”* (Nunes [et. al.],

2010 p. 2). Através desta metodologia é permissível contribuir significativamente para a investigação em Enfermagem.

Esta concretiza-se através de seis etapas, sendo elas as seguintes: Diagnóstico da Situação, Definição dos Objetivos, Planeamento, Execução e Avaliação, e Divulgação dos Resultados (Nunes [et. al.], 2010).

O Diagnóstico da Situação é a primeira fase de um Trabalho de Projeto, e “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar.” (Nunes [et. al.], 2010 p.10).

Portanto, quando se refere a esta etapa há que reportar para duas dimensões: a necessidade e o problema.

Nesta instância a necessidade surge da procura individual do profissional de melhoria da sua prática de cuidados, e construção de novo conhecimento.

A outra dimensão fundamental, nesta etapa, é o problema. “O problema é um elemento fulcral para a definição do diagnóstico, uma vez que esta etapa requer a produção de um quadro que identifique e relacione entre si os problemas mais relevantes da situação, ou instituição, no momento da nossa avaliação.” (Nunes [et. al.], 2010 p. 12). Existem muitos métodos para a identificação e validação dos problemas, sendo os mais utilizados a entrevista, o questionário e métodos de análise da situação (como por exemplo a análise SWOT). Para a validação do problema deste Trabalho Projeto, foi utilizada a Análise SWOT. Esta é uma sigla que indica a primeira letra das palavras Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats (Forças, Fraqueza, Oportunidades e Ameaças). Tal como o nome indica, a Análise SWOT é um método que permite a reflexão e a comparação com os fatores positivos e negativos identificados perante uma dada situação (Nunes [et. al.], 2010).

Seguidamente apresenta-mos, na sua estrutura habitual, a sua aplicação para o problema em questão. Pode-se referir que neste se encontram distinguidos fatores internos e externos.

III. PROJETO

	Forças	Fraquezas
Interno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilização do profissional para a importância de uma prática de enfermagem fundamentada. ▪ Motivação do profissional para uma formação contínua e a melhoria da qualidade dos cuidados perioperatórios prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pouco conhecimento, pelo profissional, das bases de conhecimento teórico da enfermagem perioperatória utilizadas. ▪ Pouca prática do profissional em desenvolver processos de investigação e de teorização.
Externo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissional inserido numa instituição que valoriza a melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatório através do incentivo à formação contínua. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temática de fundamentos de enfermagem bastante vasta.
	Oportunidades	Ameaças

A Definição dos Objetivos é a segunda fase do Trabalho Projeto. De acordo com Vilelas (2006, p.20 citando Fortin, 2000), “o *objectivo* é um enunciado declarativo que evidencia as variáveis utilizadas, a população e o assunto da investigação”.

No que respeita à Metodologia de Projeto, os objetivos devem ser representações antecipadoras, centradas na ação, ou seja, na resolução do problema (Nunes [et. al.], 2010). Para todo o projeto é necessário definir objetivos gerais e objetivos específicos. Os objetivos gerais são “enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados. Ou seja, fornecem-nos indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo. (...) Por sua vez, os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo. Sendo o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares.” (Nunes [et. al.], 2010 p. 18).

Tendo presentes estas noções seguem-se os objetivos que delineámos para o projeto individual:

III. PROJETO

Objetivo Geral	Conhecer a base de fundamentos de enfermagem aplicado ao contexto perioperatório.
Objetivos Específicos	<p>Sistematizar conhecimentos relativamente aos fundamentos de enfermagem, nomeadamente as Teorias de Enfermagem, através de pesquisa bibliográfica em fontes fidedignas.</p> <p>Conhecer quais os fundamentos de Enfermagem, nomeadamente Teorias de Enfermagem, aplicadas ao contexto perioperatório.</p>

O Planeamento é a terceira fase do Trabalho Projeto. Esta compreende a elaboração de um plano detalhado onde se definem, enunciam e descrevem as atividades, as estratégias e os meios a utilizar.

Para a execução deste Projeto Individual planeamos aplicar as etapas da Prática Baseada na Evidência, anteriormente mencionadas. No entanto, a última etapa, que consta da avaliação da aplicação dos conhecimentos obtidos, não foi concretizada.

A planificação de um projeto implica, na sua própria noção, o desenvolvimento de um cronograma que, deve apresentar-se como uma constante ao longo do projeto. O cronograma delineado foi organizado nas quatro primeiras etapas de construção de Prática Baseada na Evidência, e encontra-se em apêndice (Apêndice II).

No capítulo seguinte apresentamos a fase da Execução do Projeto Individual produzido, organizado de acordo com o cronograma, nas quatro primeiras etapas da construção de uma Prática Baseada na Evidência.

2. PROJETO – “Teorização na área de Enfermagem Perioperatória”

1ª Fase – Definição de uma Questão

Segundo Ferrito (2011) a Prática Baseada na Evidência deve iniciar-se com a formulação de uma pergunta suscetível de resposta.

A partir da prática diária surgiu-nos a inquietação de que se o processo de enfermagem seria suficiente para fundamentar a prática individual dos cuidados de enfermagem desenvolvidos. Como tal, e ao pretender conhecer a base de fundamentos de enfermagem que se aplica ao contexto perioperatório, surge-nos assim a questão:

Que teorização tem sido desenvolvida na área de Enfermagem Perioperatória?

Esta pergunta trata-se de uma questão que resume a nossa necessidade de informação. No entanto, esta é uma pergunta de fundo (*background*), que serve de alicerce para a formulação de uma pergunta de conhecimento específico (*foreground*) (Ferrito, 2011). A partir da pergunta de fundo construímos duas questões que orientassem o processo de pesquisa da evidência científica, sendo elas as seguintes:

- *Que Teorias de Enfermagem foram já aplicados adequadamente ao contexto Perioperatório?*
- *Existe alguma Teoria de Enfermagem específica à Enfermagem Perioperatória?*

De modo a responder às questões, iremos considerar qualquer tipo de evidência encontrada, desde que fidedigna.

2ª Fase – Pesquisa de Evidência

De acordo com Ferrito (2011), nesta fase ocorre a pesquisa da literatura que permite dar resposta à questão colocada.

III. PROJETO

Para o efeito recorreremos, enquanto instrumentos de pesquisa, a bases de dados eletrónicas. Estas resultam da conversão de periódicos gerais e especializados para bases de dados em formato eletrónico (Gaig e Smyth, 2004).

Seguidamente consta a lista das bases de dados eletrónicas utilizadas:

- Scielo,
- Scielo Portugal,
- Isi Web of Knowledge,
- EbscoHost Cochrane Central Register of Controlled Trials,
- EbscoHost Medline with full text,
- B-On with full text,
- PubMed.

Como limites da pesquisa apenas utilizámos como critério a disponibilidade total do texto (*full text available*).

Após a análise da questão, delineamos as seguintes palavras-chave:

- Enfermagem Perioperatória,
- Perioperatório,
- Bloco Operatório,
- Teorias de Enfermagem.

Consideramos pertinente a definição do conceito de cada palavra-chave.

Enfermagem Perioperatória “*consiste em todas as actividades de enfermagem desempenhados pelo profissional de enfermagem durante os períodos pré, intra e pós-operatório da experiencia cirúrgica do doente.*” (Henriques, 2011 citando AORN 1978, p.1).

Perioperatório refere-se normalmente ao período perioperatório, que compreende as fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória (Goodman e Spry, 2013).

Bloco Operatório é “(...) *uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar,*

tratar ou melhorar a qualidade de vida. É constituído pelo conjunto de várias Salas de Operações ou Suítes Operatórias reunidas numa mesma imobiliária e que funciona de forma autónoma.” (AESOP, 2006, p.20).

Teoria de Enfermagem é “...uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenómeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade da prescrição de enfermagem” (George [et al], 2000 citando Meleis, 1991).

A pesquisa destas palavras-chave, nas bases de dados, foi concretizada em inglês e português.

A seleção dos estudos é normalmente executada por duas fases: uma primeira com a leitura dos títulos e resumos dos estudos e, uma segunda com a leitura integral dos mesmos (CRD, 2009).

Na pesquisa realizada, através da primeira fase de seleção, foram identificados doze artigos potencialmente relevantes para esta revisão. No entanto, nenhum dos artigos estava disponível para livre acesso. Foi possível, através da AORN, acedermos a seis artigos para leitura integral. Nesta segunda fase de seleção, considerámos relevantes cinco:

- **“An Interactionist's Approach to Perioperative Nursing”** (Rosenthal, 1996)
- **“Aplying Parse's Theory to Perioperative Nursing”** (Mitchell e Copplestone, 1990)
- **“Applying Nursing Theory to Perioperative Nursing Practice”** (Gillette, 1996)
- **“Selecting the Perioperative Patient Focused Model”** (Rothrock e Smith, 2000)
- **“Self-Care Theory Application to Perioperative Nursing”** (Kam e Werner, 1990).

O sexto artigo, “Perioperative Nurses’ Perceptions of Caring Practices” (McNamara, 1995), foi excluído após a sua leitura, porque percecionámos que apesar de se referir a uma Teoria de Enfermagem, este abordava os cuidados de enfermagem perioperatórios e não os seus fundamentos.

3ª Fase – Avaliação da Evidência

Esta fase do projeto deve compreender a avaliação da validade e relevância da evidência encontrada (Ferrito, 2011).

III. PROJETO

No início da pesquisa pretendíamos que os artigos encontrados permitissem a produção de evidência científica do maior grau, pelo que ambicionávamos desenvolver uma Revisão Sistemática.

A Revisão Sistemática permite a resposta a uma questão claramente definida, utilizando uma metodologia explícita e sistematizada para identificar, selecionar e avaliar conhecimento científico já produzido, na forma de estudos relevantes (Holly [et. al.], 2012). Como resultado desse processo metodológico, é realizada a decisão de incluir ou excluir os estudos na revisão, de modo a utilizar apenas dados da melhor qualidade, o que permite produzir estudos e evidência fidedigna (Holly [et. al.], 2012). Segundo Ferrito (2012, p. 36), os elementos chave de uma Revisão Sistemática são:

- *“Um conjunto de objetivos claramente definidos, com critérios de elegibilidade de estudos previamente definidos.*
- *Uma metodologia explícita e reprodutível.*
- *A pesquisa sistemática para identificar todos os estudos incluídos.*
- *Uma apresentação sistemática e um resumo das características e resultados dos estudos incluídos.”*

Após a primeira leitura integral dos artigos, foi possível compreender que não seria possível elaborar uma Revisão Sistemática devido à falta de rigor dos artigos científicos selecionados, como por exemplo a ausência de objetivos claramente definidos. Assim, optamos por uma Revisão Integrativa.

A Revisão Integrativa é um método de revisão que permite a inclusão de diversas metodologias (ex. experimental e não experimental), combinar literatura de natureza teórica e empírica; podendo por isso afirmar-se que poderá desempenhar um papel fundamental na construção de prática baseada na evidência na área de enfermagem (Wittermore e Knafl, 2005). No entanto, há autores que referem que a complexidade associada à inclusão de diversas metodologias pode conduzir a uma falta de rigor, falta de precisão e ao viés dos resultados (Wittermore e Knafl, 2005 citando Beck, 1999 e O’Mathuna, 2000).

Este tipo de revisão poderá ser utilizado para diversos propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias, revisão da evidência, e análise metodológica de temáticas

(Wittermore e Knafl, 2005 citando Broome, 1993). Foi partindo desta instância que selecionámos a Revisão Integrativa como metodologia de revisão da literatura.

Segundo Cooper (1998), qualquer metodologia de revisão poderá ser desenvolvida segundo as seguintes fases: formulação do problema, pesquisa de literatura, avaliação dos dados colhidos, análise dos dados colhidos e apresentação dos dados (Wittermore e Knafl, 2005). De acordo com o anteriormente enunciado, ao desenvolvermos o nosso projeto segundo as etapas da construção da prática baseada na evidência, encontramos-nos na fase correspondente à análise dos dados.

As estratégias de análise de dados nas revisões integrativas ainda não estão claramente definidas, porém poderão ser utilizados métodos de análise de dados primários que se destinam à investigação qualitativa (Wittermore e Knafl, 2005 citando Miles & Huberman, 1994; Tashakkori & Teddlie, 1998, Patton, 2002). Tendo em conta o referido, selecionámos a Análise de Conteúdo como técnica de análise de dados.

“A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, não é um método (...). Pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica.” (Silva e Pinto, 2001 p.104). Esta tem a vantagem de permitir incidir sobre material não estruturado (Silva e Pinto, 2001).

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo deve ser desenvolvida segundo as seguintes etapas:

- Delimitação dos objetivos e definição do quadro de referência teórico;
- Constituição de um corpus: constituído por todo o material a analisar, produzido com vista à pesquisa, selecionado a partir de uma pré-análise;
- Categorização e Codificação: significa determinar as dimensões e categorias que serão analisadas;
- Definição das Unidades: o conteúdo de um texto pode ser analisado de diferentes maneiras, conforme as unidades que serão definidas: unidades de registo, unidades de contexto e unidades de enumeração (Vilelas, 2004).

Ao iniciarmos a análise dos dados consideramos fundamental referir alguns aspetos dos cinco artigos selecionados.

III. PROJETO

Todos os artigos advêm do AORN Journal, um periódico de referência internacional da Enfermagem Perioperatória, e foram redigidos por enfermeiros com grau de licenciatura (cinco das autoras) ou doutoramento (três das autoras). Poderemos afirmar que a reflexão e conhecimento produzido nestes artigos detêm o valor associado à experiência perioperatória do(s) autor(es), ou seja, trata-se de conhecimento e inferências de enfermeiras com grande experiência em BO e com significativa experiência de investigação.

Outro aspeto interessante de sublinhar é a data de publicação destes artigos. A maioria dos artigos (quatro), são da década de 90, mais precisamente dos anos de 1990 e 1996. Claramente, a teorização a nível da área perioperatória, não tem sido alvo de estudos de investigação recentemente.

Por último gostaríamos de salientar que a qualidade metodológica é reduzida, pois em nenhum dos artigos ocorre um desenho explícito da metodologia, nomeadamente a ausência de objetivos claramente definidos e ausência ou deficiente redação de resumo. Consideram-se estudos descritivos, pois descrevem a aplicação de uma Teoria de Enfermagem ao contexto perioperatório.

Após a leitura crítica dos cinco artigos, aplicamos a análise de conteúdo através da categorização e definição de unidades de registo, unidades de contexto e unidades de enumeração.

A categorização é a classificação de elementos constitutivos do conjunto, primeiramente por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo género, tendo em conta critérios previamente definidos (Bardin, 2006).

“O conteúdo de um texto pode ser analisado de diferentes maneira, conforme as unidades que serão definidas:

Unidades de Registo – São segmentos específicos de conteúdo, caracterizados por situarem-se dentro de uma dada categoria. As unidades de registo dependem dos objectivos e da problemática teórica que orientam a pesquisa e podem ser unidades formais, quando incluem palavras, frases, uma personagem, ou uma intervenção; e unidades semânticas, quando incluem o tema ou a unidade de informação;

Unidades de Contexto – Fixam limites de informações contextuais que podem apresentar a descrição de uma unidade de registo. (...)

III. PROJETO

Unidades de Enumeração – É uma unidade a partir da qual se procede à quantificação. Permite contar a frequência de uma categoria.” (Vilelas, 2004 p.64).

A partir das questões de partida, e através da categorização, distinguimos cinco categorias, sendo elas as seguintes:

- Tipo de teorias sugeridas para aplicação à Enfermagem Perioperatória, segundo níveis de estrutura do conhecimento;
- Tipo de teorias sugeridas para aplicação à Enfermagem Perioperatória, segundo o seu foco primário;
- Tipo de teorias sugeridas para aplicação à Enfermagem Perioperatória, segundo a orientação da prática de enfermagem;
- Aplicabilidade da teoria à Enfermagem Perioperatória;
- Propósito da teorização.

Antes de apresentarmos a categorização dos dados analisados, expomos o tipo de teorização presente em cada artigo.

Artigo 1 “Self-Care Theory Application to Perioperative Nursing” Beatrice Kam e Phyllis Werner (1990)	Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem
Artigo 2 “Aplying Parse's Theory to Perioperative Nursing” Gail Mitchell e Christina Copplestone (1990)	Teoria da Humanização de Rosemarie Parse
Artigo 3 “An Interactionist's Approach to Perioperative Nursing” Barbara Rosenthal (1996)	Teoria do Processo de Enfermagem de Jean Orlando

III. PROJETO

<p>Artigo 4</p> <p>“Applying Nursing Theory to Perioperative Nursing Practice”</p> <p>Veronica Gillette</p> <p>(1996)</p>	<p>Teoria Ambiental de Florence Nightingale</p> <p>Teoria das 14 Necessidades Básicas de Virgínia Henderson</p> <p>Teoria do Cuidar de Carol Montgomery</p>
<p>Artigo 5</p> <p>“Selecting the Perioperative Patient Focused Model”</p> <p>Jane Rothrock e DaleSmith</p> <p>(2000)</p>	<p>Modelo Perioperatório focado no Utente da AORN</p>

A primeira categoria determinada, exposta no quadro abaixo, pressupõe conhecer o nível de estrutura de conhecimento das teorias aplicadas ao perioperatório dos artigos.

Quadro 1 – Nível de Estrutura do Conhecimento das Teorias referidas nos artigos

Categoria: Tipo de teorias sugeridas para aplicação à Enfermagem Perioperatória, segundo níveis de estrutura do conhecimento		
Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Filosofia	Teoria Ambiental de Florence Nightingale (Artigo 4) Teoria 14 Necessidades Básicas de Virgínia Henderson (Artigo 4)	2
Modelo Conceptual	Teoria do Cuidar de Carol Montgomery (Artigo 4) Modelo Perioperatório focado no Utente da AORN (Artigo 5)	2
Grande Teoria	Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem (Artigo 1)	1
Teoria de Médio Alcance	Teoria da Humanização de Rosemarie Parse (Artigo 2) Teoria do Processo de Enfermagem de Jean Orlando (Artigo 3)	2

Após a análise dos dados organizados no quadro anterior, percecionámos que nos artigos surgiu a sugestão da aplicação, à Enfermagem Perioperatória, de teorias dos vários níveis de estrutura do conhecimento. Nos artigos foi proposta a aplicação de Filosofias,

III. PROJETO

Modelos Conceptuais e Teorias de Médio Alcance ao contexto perioperatório, com igual frequência.

A segunda categoria constituída refere-se ao foco primário das teorias aplicadas à Enfermagem Perioperatória, descritas nos artigos. Os resultados foram organizados no quadro seguinte.

Quadro 2 – Foco Primário das Teorias referidas nos artigos.

Categoria: Tipo de teorias sugeridas para aplicação à Enfermagem Perioperatória, segundo o seu foco primário		
Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Centrada no Utente	Teoria das 14 Necessidades Básicas de Virgínia Henderson (Artigo 4)	1
Centrada no relacionamento Utente-Meio Ambiente	Teoria Ambiental de Florence Nightingale (Artigo 4) Modelo Perioperatório focado no Utente da AORN (Artigo 5)	2
Centrada na interação Enfermeiro-Utente	Teoria da Humanização de Rosemarie Parse (Artigo 2) Teoria do Processo de Enfermagem de Jean Orlando (Artigo 3) Teoria do Cuidar de Carol Montgomery (Artigo 4)	3
Centrada na Terapêutica de Enfermagem	Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem (Artigo 1)	1

Segundo Meleis (1991), a análise das teorias de enfermagem permite a sua classificação a partir da identificação do foco primário: as centradas no utente, as centradas no relacionamento entre o utente e o meio ambiente, as centradas nas interações enfermeira-utente, e as centradas na terapêutica de enfermagem (Garcia e Nóbrega, 2004). É permissível, a partir da análise do quadro, que nos cinco artigos selecionados se reconhecem os cinco grupos de teorias. O tipo de teoria, segundo o foco, sugerido para a aplicação ao perioperatório, que surgiu em maior frequência foi a centrada na interação Enfermeiro-Utente. O que surgiu em menor frequência foi a centrada no utente e na terapêutica de enfermagem.

III. PROJETO

A terceira categoria estipulada pretende conhecer a orientação da prática de enfermagem sugerida pelas teorias aplicadas à Enfermagem Perioperatória, descrita nos artigos. Os resultados foram organizados no quadro seguinte.

Quadro 3 – Orientação da Prática de Enfermagem das Teorias referidas nos artigos.

Categoria: Tipo de teorias sugeridas para aplicação à Enfermagem Perioperatória, segundo a orientação da prática de enfermagem		
Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Orientada para as Necessidades do utente	Teoria das 14 Necessidades Básicas de Virgínia Henderson (Artigo 4) Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem (Artigo 1)	2
Orientada para a Interação Enfermeiro-Utente	Teoria do Processo de Enfermagem de Jean Orlando (Artigo 3) Teoria da Humanização de Rosemarie Parse (Artigo 2) Teoria do Cuidar de Carol Montgomery (Artigo 4)	3
Orientada para o Resultado da Ação de Enfermagem	Teoria Ambiental de Florence Nightingale (Artigo 4) Modelo Perioperatório focado no Utente da AORN (Artigo 5)	2

Ainda de acordo com Meleis (1991) a análise das teorias permite a sua classificação tendo por base o papel do enfermeiro na prática diária e as teorias a que está ligado, sendo que se distingue três grupos: teorias orientadas para as necessidades dos utentes, teorias orientadas para o processo de interação enfermeiro-utente, e teorias orientadas para os resultados das ações de enfermagem (Garcia e Nóbrega, 2004).

Segundo os dados organizados no quadro, das teorias sugeridas para o contexto perioperatório, surge com maior frequência as teorias orientadas para a interação enfermeiro-utente. Tal poderá refletir a importância da relação que se estabelece entre o enfermeiro perioperatório e o utente, no contexto complexo do perioperatório.

A quarta categoria estabelecida pretende perceber se as teorias aplicadas à enfermagem Perioperatória, descritas nos artigos, poderão ser adequadamente aplicadas ao contexto. Os resultados perante esta categoria foram organizados no seguinte quadro.

Quadro 4 – Aplicabilidade das Teorias dos artigos à Enfermagem Perioperatória.

Categoria: Aplicabilidade da teoria à Enfermagem Perioperatória		
Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Aplicável	Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem (Artigo 1) Teoria da Humanização de Rosemarie Parse (Artigo 2) Teoria do Processo de Enfermagem de Jean Orlando (Artigo 3) Teoria Ambiental de Florence Nightingale (Artigo 4) Teoria das 14 Necessidades Básicas de Virgínia Henderson (Artigo 4) Teoria do Cuidar de Carol Montgomery (Artigo 4) Modelo Perioperatório focado no Utente da AORN (Artigo 5)	7

Após a análise dos dados e sua organização, foi possível perceber que todas as teorias referidas nos artigos poderão ser aplicadas ao contexto perioperatório. Alguns dos artigos demonstram a sua aplicabilidade através de estudos de caso, outros através da reflexão da prática diária dos cuidados à luz da teoria selecionada. Todos os artigos refletem a perspectiva do autor, relativamente à importância da teoria exposta, enquanto contributo para a área de cuidados perioperatórios.

Importa sublinhar que uma das teorias abordada e descrita num dos artigos, Modelo Perioperatório focado no Utente se refere a um modelo conceptual desenhado especificamente para o contexto perioperatório. Este foi resultado do trabalho de um grupo de peritos da AORN, cujo objetivo era a seleção de uma teoria de enfermagem para a aplicação às exigências do perioperatório. No entanto, é relevante referir que este artigo tem mais de dez anos, e não se encontrou mais resultados, na pesquisa de bases de dados científica, que mencionassem este modelo conceptual ou o artigo em questão. Surge assim a inquietação da falta de mais evidência da sua aplicabilidade à prática diária dos cuidados.

A quinta e última categoria definida refere-se ao propósito do autor do artigo em realizar a teorização. Os resultados perante esta categoria foram organizados no seguinte quadro.

III. PROJETO

Quadro 5 – Propósito da Teorização nos artigos.

Categoria: Propósito da teorização		
Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Melhoria da Prática de Enfermagem Perioperatória	Suporte teórico poderá melhorar a prática de enfermagem perioperatória (Kam e Werner, 1990). [Artigo 1] A teoria de Orlando proporciona uma visão autónoma da prática de enfermagem perioperatória, através do delineamento das suas responsabilidades próprias (Rosenthal, 1996) [Artigo 3]	2
Melhoria da Qualidade de Vida do Utente submetido a Intervenção Cirúrgica	A teoria de Parse oferece uma estrutura que possibilita ao enfermeiro perioperatório auxiliar o utente numa experiência de vida crucial, a intervenção cirúrgica, através de cuidados mais humanizados (Mitchell e Copplestone, 1990) [Artigo 2]	1
Evidência do Papel do Enfermeiro Perioperatório centrado no Utente	A aplicação de teorias de enfermagem à prática perioperatória é realizada para fundamentar o papel do enfermeiro perioperatório como centrado no utente e não em tarefas (Gillette, 1996) [Artigo 4]	1
Criar modelo teórico específico para a prática de Enfermagem Perioperatório	Seleção de um modelo teórico que incorpora-se a essência da prática de enfermagem perioperatória ou na sua inexistência, o desenvolvimento de um modelo teórico próprio da enfermagem perioperatória (Rothrock e Smith, 2000). [Artigo 5]	1

De acordo com a análise dos artigos, surgiram quatro motivos diferentes para a teorização na área da enfermagem perioperatória, sendo eles os seguintes: melhoria da prática de enfermagem perioperatória, melhoria da qualidade de vida do utente submetido a uma intervenção cirúrgica, evidência do papel do enfermeiro perioperatório centrado no utente, e a elaboração de um modelo teórico específico para a prática de enfermagem perioperatória. O propósito que surgiu em maior frequência foi o da melhoria da prática de enfermagem perioperatória. Os autores referiram-se ao contributo da teoria proposta para o contexto perioperatório.

Consideramos interessante e relevante, enquanto enfermeiros perioperatórios, a relevância do papel do enfermeiro centrado no utente. A ideia de que o enfermeiro no BO executa apenas tarefas, é ainda hoje uma realidade que assistimos; nomeadamente por enfermeiros de outras áreas de intervenção. A constatação da existência de um modelo conceptual desenhado especificamente para o contexto perioperatório (Modelo Perioperatório focado no Utente), estruturado por uma equipa de peritos é importante, e apesar das

constatações anteriores um contributo significativo para a base de conhecimentos da enfermagem perioperatória.

Para finalizar esta etapa, é necessário constatar se foi possível construir uma resposta às três questões inicialmente colocadas.

A partir da análise da evidência foi possível responder às questões.

A teorização na área da Enfermagem Perioperatória não tem sido muito desenvolvida. Esta afirmação baseia-se no número de artigos inicialmente encontrados, e nas datas de publicação dos artigos analisados. No entanto, da evidência encontrada podemos afirmar que têm sido aplicadas diversos tipos de teorias de enfermagem ao contexto perioperatório.

Podemos enunciar as seguintes teorias que já foram aplicadas adequadamente ao contexto perioperatório: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, Teoria da Humanização de Rosemarie Parse, Teoria do Processo de Enfermagem de Jean Orlando, Teoria Ambiental de Florence Nightingale, Teoria das 14 Necessidades Básicas de Virgínia Henderson, Teoria do Cuidar de Carol Montgomery e Modelo Perioperatório focado no Utente da AORN. A última teoria referida é específica à área de Enfermagem Perioperatória.

4ª Fase – Aplicação dos Resultados à Prática

Nesta fase deve-se determinar a viabilidade e aplicabilidade dos resultados ao contexto da prática (Ferrito, 2011).

A partir dos resultados obtidos e da sua análise, podemos afirmar que é possível aplicar as teorias supranomeadas à prática diária da enfermagem perioperatória. No entanto a escolha de uma teoria, e sua aplicação, revelou-se aparentemente como sendo um percurso individual do profissional de enfermagem.

Enquanto enfermeiros perioperatórios pretendemos futuramente, aprofundar o nosso conhecimento relativamente ao Modelo Perioperatório focado no Utente, de compreender como se aplica na prática e dos contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória.

III. PROJETO

Na nossa opinião, consideramos que o Modelo Perioperatório focado no Utente é de todas as teorias já aplicadas, a que melhor reflete a natureza dos cuidados de enfermagem perioperatórios, resultado da sua construção por peritos da área. Encaramos este modelo de enfermagem, como bastante atual, pois evidencia também a necessidade de incluir a família no foco dos cuidados perioperatórios.

A Avaliação é a penúltima fase da Metodologia Projeto e, tem um papel importante no final do projeto. A avaliação final deve avaliar o produto final (Nunes [et. al.], 2010 citando Leite [et al], 1989).

A avaliação de um projeto *“implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente. Para fazer essa avaliação pode ser importante ter um método de verificação da consecução dos objetivos. Assim, podemos ter uma lista dos objetivos iniciais e verificar se cada um foi atingido.”* (Nunes [et. al.], 2010 p.26). Na verificação de objetivos deve-se referir, quando atingidos, a pertinência dos mesmos, e se não forem atingidos, identificar os fatores que conduziram a esse resultado bem como as consequências. Como tal, podemos afirmar que os objetivos propostos no início deste projeto foram atingidos.

Importa-nos ainda referir, que é necessário continuar a investir e contribuir para os fundamentos da enfermagem perioperatória, de modo a atingir uma prática diária de cuidados devidamente fundamentada na evidência científica.

A última fase da Metodologia de Projeto consta da Divulgação dos Resultados. Esta fase é fundamental, *“na medida em que se dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projecto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema.”* (Nunes [et. al.], 2010 p.31).

Enquanto estratégia de divulgação dos resultados, foi elaborado, a partir do projeto desenvolvido, um artigo científico, que se encontra em apêndice (Apêndice III – Artigo Científico, “Teorias de Enfermagem no Contexto Perioperatório” p.94). A redação deste artigo dá resposta à conclusão deste Trabalho de Projeto, e ainda ao resultado esperado pela

III. PROJETO

ESS|IPS. É nosso objetivo e da ESS|IPS, a futura proposta de publicação deste artigo, contribuindo para divulgação da evidência científica na área da Enfermagem Perioperatória, produzida neste trabalho.

CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho possibilitou um espaço de reflexão, que permitiu aprofundar conhecimentos práticos e teóricos, através de um pensamento crítico da prática diária dos cuidados de enfermagem perioperatórios e das competências a si inerentes, contribuindo para uma futura prestação de cuidados de maior qualidade.

A prática dos cuidados prestados no estágio foi direcionada com a definição inicial de objetivos individuais delineados enquanto resposta aos resultados esperados pela ESS|IPS. Consideramos que o estágio constituiu uma experiência excelente para consolidar conhecimentos teóricos, práticos e pessoais e o desenvolver de um conjunto de competências que se refletirá em melhores cuidados de enfermagem.

É de salientar que o estágio, inserido no contexto de mestrado, na área perioperatória, sensibilizou alguns elementos do BO para a necessidade crescente de formação específica que capacite para a prestação de cuidados perioperatórios de qualidade. Pode-se assim considerar atingidos os objetivos do estágio; à exceção da utilização da taxonomia CIPE na linguagem de enfermagem, por inexistência da sua implementação no serviço.

Relativamente ao projeto individual, que consistiu numa revisão integrativa da literatura, pensamos ter contribuído com um conhecimento mais aprofundado do «estado de arte» sobre a Teorização na área da Enfermagem Perioperatória.

A partir dos dados obtidos com esta pesquisa, podemos concluir que a teorização na área da Enfermagem Perioperatória não tem sido muito desenvolvida. No entanto, existe evidência da aplicação de diversos tipos de teorias de enfermagem ao contexto perioperatório, nomeadamente Filosofias e Modelos Conceptuais. Destas destaca-se o Modelo Perioperatório focado no Utente, enquanto Teoria de Enfermagem específica à Enfermagem Perioperatória, construído por peritos da área perioperatória.

A partir deste projeto, e das suas inferências, foi elaborado um artigo científico, - *“Teorias de Enfermagem no Contexto Perioperatório”* -, apresentado em apêndice, onde se

CONCLUSÃO

assinalam os resultados do estudo de investigação realizado, que facultaram novos conhecimentos para a enfermagem perioperatória. Destacamos ainda os contributos que este estudo teve para autora, que tinha pouca experiência na área da investigação.

Através da breve reflexão relativa às competências enquanto Mestre em Enfermagem Perioperatória, é possível afirmar que foi completo este percurso académico e profissional no sentido de as adquirir, sendo para tal necessário o seu desenvolvimento contínuo na prática diária.

Do que foi exposto neste relatório consideramos que os objetivos do trabalho, inicialmente propostos, foram atingidos.

As principais limitações sentidas neste trabalho são referentes à gestão do tempo na concretização do projeto. A sobreposição do estágio com a pesquisa de bibliografia em base de dados científicas e a leitura dos artigos científicos foi difícil de articular. Consideramos significativo sugerir a distribuição da calendarização das atividades do MEPO não sobrejacentes ao período de verão, no sentido de incentivar a produtividade.

O MEPO permitiu-nos a consciencialização da importância de uma prática de cuidados perioperatórios baseados na evidência, levando presentemente a uma melhoria significativa das competências enquanto enfermeiro perioperatório e uma melhor capacitação para responder ao desafio da complexidade e exigência da prática diária de cuidados perioperatórios com qualidade.

Foi uma experiência enriquecedora, no sentido em que não só possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e capacidades no cuidado direto ao utente, mas também no desenvolvimento de trabalho de investigação.

É através da melhoria da prática individual, nas várias funções desempenhadas, e da consciencialização coletiva dos enfermeiros, para a importância da qualidade nos cuidados, que se constrói uma Enfermagem Perioperatória mais visível e produtiva de bons cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP – **Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados.** Lisboa: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16-X.

AESOP – **Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados.** Lisboa: Lusodidacta, 2012. ISBN: 978-972-8930-16-5.

AESOP – **Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório.** 2ªed. Lisboa: AESOP, 2010. ISBN: 972-9171-65-3.

Associação Portuguesa de Enfermeiros – **CIPE/ICNP beta2.** 2ªed. Lisboa: IGIF, 2003. ISBN 972-98149-5-3

AMENDOEIRA, J. – **Profissões e estado: o conhecimento profissional em enfermagem.** in Lima, J.; Pereira, H. - Políticas Públicas e Conhecimento Profissional. A educação e a enfermagem em reestruturação. p. 209-239. Porto: Legis Editora, 2008. ISBN 978-972-8082-97-0

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo.** Portugal: Edições 70, 2006. ISBN 972-44-1154-0

BILBAO, Mercedes – **Contributos e História da Enfermagem Perioperatória em Portugal.** Unidade Curricular: Filosofia e Bases Teóricas de Enfermagem Perioperatória. Pós-graduação de Enfermagem Perioperatória: IPS, 2010.

BILBAO, Mercedes – **Bloco Operatório, Organizar para Funcionar.** Unidade Curricular: Enfermagem Perioperatória I. Pós-graduação de Enfermagem Perioperatória: IPS, 2011.

CABRITA, Madalena – **Funções do enfermeiro perioperatório: apontamentos.** Unidade Curricular: Enfermagem Perioperatória I: Pós-graduação de Enfermagem Perioperatória: IPS, 2010.

CABRITA, Madalena – **Visita pré e pós-operatória.** Unidade Curricular: Enfermagem Perioperatória I: Pós-graduação de Enfermagem Perioperatória: IPS, 2011.

CABRITA, Madalena – **Funções do Enfermeiro Perioperatório.** Unidade Curricular: Enfermagem Perioperatória I. Mestrado em Enfermagem Perioperatória. IPS, 2013.

CASP - **What is critical appraisal?** [em linha]. Consultado em 9 de Mar. de 2011. Disponível na [www: <URL:http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/What_is_critical_appraisal.pdf](http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/What_is_critical_appraisal.pdf)

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385p. ISBN 272-96-0009-4

CORREIA, M^a Batista – **A reflexão Crítica com a prática formativa**. Sinais Vitais. N°42, (2002), p. 15-18.

CRD - **Systematic Reviews**: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. UK: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University de York, 2009. ISBN 978-1-900640-47-3

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Cirurgia Segura Salva Vidas**. Circular normativa N.18/DDQS/DQCO de 22/06/2010. [em linha]. Consultado em 15 de Jul. de 2013. Disponível na [www:<URL: http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013239.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013239.pdf)

ELLIS, Harold – **A History of Surgery**. UK: GMM, 2001 ISBN 1 84110 181 8

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – **Consentimento informado: relatório final**. [em linha]. Consultado em 15 de Jul. de 2013. Disponível na [www:<URL: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf)

FERRITO, Cândida – **Revisão Sistemática**. Unidade Curricular: Investigação II: Mestrado em Enfermagem Perioperatória: IPS, 2013.

FERRITO, Cândida – **Prática Baseada na Evidência**. Unidade Curricular: Investigação. Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória. IPS, 2011.

GARCIA, Telma R.; NÓBREGA, M^a Miriam L. – **Contribuição das Teorias de Enfermagem para a Construção do conhecimento da Área**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasil. Brasília, 2004. N°57, p. 228-232

GAIG, Jean V. ; SMYTH, Rosalind L. – **Prática Baseada na Evidencia – Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4

GEORGE, Julia B. – **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. ISBN (não consta)

GEORGE, Julia B. [et al] – **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. ISBN (não consta)

GOODMAN, Terri; SPRY, Cynthia – **Essentials of Perioperative Nursing**. USA: Jones and Bartlett, 2013. ISBN 978-1449688066

GILLETE, Veronica A. - **Applying Nursing Theory to Perioperative Nursing Practice**. AORN Journal. Vol.64, N°2 (1996), p. 261-270

HAMLIN, Lois; RICHARDSON-TENCH, Marilyn; DAVIES, Menna – **Perioperative Nursing: An Introductory Text**. Australia: Mosby, 2009. ISBN 978 0 7295 3887 9

HENRIQUES, Marília F. – **Enfermagem Perioperatória – Enquadramento Conceptual**. Unidade Curricular: Enfermagem Perioperatória I. Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória. IPS, 2011.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados e a enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HOLLY, Cheryl; SALMOND, Susan; SAIMBERT, Marie K. – **Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice**. USA: Springer Publishing Company, 2012. ISBN 978-0-8261-1778-6

HUGHES, Suzanne J.; MARDELL, Andy – **Oxford Handbook of Perioperative Practice**. USA: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-923964-1

JUDD, Deborah; SITZMAN, Kathleen; DAVIS, Megan – **A History of American Nursing. Trends and Eras**. USA: Jones & Bartlett Publishers, 2009. ISBN 978-0763759513

KAM, Beatrice W.; WERNER, Phyllis W. - **Self-Care Theory: Application to Perioperative Nursing**. vol.51, Nº5 (1990), p. 1365-1370

MACINTYRE, Pamela; SCHUG, Stephan – **Acute Pain Management: A Practical Guide**. 3rd. ed. USA: Saunders, 2007. ISBN 978-0702027703.

MARTINS, Madalena – **Controlo da dor**. Unidade Curricular: Enfermagem Perioperatória I: Pós-graduação de Enfermagem Perioperatória: IPS, 2011. 12p

MATOS, Filomena; FONSECA, Teresa; BREDERO DE SANTOS, M^a. Emília – **O Trabalho de Projecto**. NOESIS. Lisboa: Ministério da Educação. ISSN 0871-6714 Nº76 (2009) p. 24-49

MITCHELL, Gail J.; COPPLESTONE, Christina - **Applying Parse's Theory to Perioperative Nursing: A Nontraditional Approach**. AORN Journal Vol.51, nº3 (1990), p.787-798

NUNES, Lucília; RUIVO, M^a. Alice; FERRITO, Cândida (e colaboradores) – **Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas**. Percursos. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. ISSN 1646-5067. Nº.15 (2010) p. 1-37.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual e enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

PHILIPS, Wilma *et al* – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica** (Volume I e III). 6^a ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8717-07-5.

ROSENTHAL, Barbara C. - **An Interactionist's Approach to Perioperative Nursing**. AORN Journal. Vol.64, Nº2 (1996), p. 254-260

ROTHROCK, Jane C.; SMITH, Dale A. - **Selecting the Perioperative Patient Focused Model**. Vol.71, Nº5 (2000), p. 1030-1037

SILVA, Manuel M. – **História e Desenvolvimento da Urologia. Visão Sintética**. Acta Urológica Portuguesa. Nº19 (2002) p. 25-30. [em linha]. Consultado em 18 de Out. de 2013. Disponível na [www:<URL: http:// http://www.apurologia.pt/acta/1-2002/Hist-Desenv-Uro.pdf](http://www.apurologia.pt/acta/1-2002/Hist-Desenv-Uro.pdf)

SILVA, Augusto S.; PINTO, José M. – **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN 972-36-0503-1

SORENSEN; LUCKMANN – **Enfermagem Fundamental**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-

TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 5ed. ISBN 972-8383-74-6

UNAIBODE – **Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura da qualidade**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-24-X.

VEIGA, João – Existirá uma ética da enfermagem. In NEVES, Maria do Céu Patrão e PACHECO, Susana – **Para uma ética da Enfermagem: desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8. p.377-397.

VILELAS, José – **Investigação**. Monte de Caparica: Escola Superior de Saúde Egas Moniz, 2004.

WATSON, Jean – **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.

WITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen – The Integrative Review: Updated Methodology. **Journal of Advanced Nursing**. Blackwell Publishing nº52 (2005) p.546-553 [em linha]. Consultado em 19 de Setembro. de 2013. Disponível na [www:<URL: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/abstract)

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

APÊNDICE II – CRONOGRAMA DO PROJETO INDIVIDUAL

APÊNDICE III – ARTIGO CIENTÍFICO “TEORIAS DE
ENFERMAGEM NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO”

APÊNDICE I – Cronograma de Estágio

Grupo de Objetivos de Estágio	Calendarização em Semanas											
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a
Ambiente e Controlo de Infecção	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Dinâmica e Cuidados de Enfermagem em Equipa em contexto Perioperatório	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Especificidades dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem												

Legenda: ● – Realização do objetivo

APÊNDICE II – Cronograma do Projeto Individual

Fases do Projeto		Calendarização em Meses							
		Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
1	Definição de uma Questão	●	●						
2	Pesquisa de Evidência			●	●	●			
3	Avaliação da Evidência						●	●	●
4	Aplicação dos Resultados à Prática								●

Legenda: ● – Realização da fase da Prática Baseada na Evidência

APÊNDICE III – Artigo Científico “*Teorias de Enfermagem no Contexto Perioperatório*”

TEORIAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

Susan Salgueiro

Orientadoras

Mestre Madalena Cabrita
Prof. Doutora Lucília Nunes

Revisão Integrativa

RESUMO

O Processo de Enfermagem constitui um importante alicerce na prática, ensino e investigação em enfermagem, o qual deve ser sustentado por conceitos e Teorias de Enfermagem que fundamentem adequadamente o processo de tomada de decisão inerente aos cuidados de enfermagem. Neste artigo de Revisão Integrativa pretendemos conhecer a base de fundamentos de enfermagem que têm sido aplicados ao contexto perioperatório. Neste sentido, formulamos como questão inicial: "Que teorização tem sido desenvolvida na área de Enfermagem Perioperatória?". Na expectativa de responder a esta pergunta, realizamos uma pesquisa da evidência científica através de bases de dados científicas eletrónicas, da qual resultaram cinco artigos relevantes. Na análise crítica, através da análise de conteúdo, constatamos que a teorização na área de Enfermagem Perioperatória não tem sido muito desenvolvida, apesar de existir evidência sobre a aplicação de diversos tipos de teorias de enfermagem em contexto perioperatório. Destaca-se o Modelo Perioperatório focado no Utente, enquanto Teoria de Enfermagem específica à Enfermagem Perioperatória.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Perioperatória; Perioperatório; Bloco Operatório; Teorias de Enfermagem

ABSTRACT

The Nursing Process constitutes an important foundation in nursing practice, training and research, and as such, this process must be sustained by concepts and Nursing Theories that adequately support the decision making process inherent to nursing care. In this article, through an Integrative Review, we aimed to learn the nursing fundamentals base of Perioperative Nursing. To this end, we formulated an initial question, "What theorizing has been developed in the area of Perioperative Nursing?". Hoping to answer this question, we conducted a survey of scientific evidence through electronic scientific databases. This research resulted in five relevant articles. After their critical review, thru content analysis, we concluded that theorizing in the area of Perioperative Nursing hasn't been greatly developed. However, there is evidence of the application of various types of nursing theories to the perioperative period. It's noteworthy to refer to the Perioperative Patient Focused Model as a nursing theory, specific to Perioperative Nursing.

KEYWORDS: Perioperative Nursing; Perioperative; Operating theatre; Nursing Theories

1. INTRODUÇÃO

A prática de cuidados dos enfermeiros perioperatórios é frequentemente percecionada, pelo olhar mais desatento, como um conjunto de técnicas e funções delegadas, passíveis de serem realizadas por técnicos. Contudo, os cuidados perioperatórios são orientados por *"conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado (...), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esse cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado"* (AESOP, 2012 p. 7). Sendo função do Enfermeiro

Perioperatório, segundo a Association of periOperative Registered Nurses (AORN), identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do utente e sua família de modo a elaborar e implementar um plano individualizado de cuidados de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas, levando ao restabelecimento ou conservação da saúde e bem-estar do indivíduo nas fases pré, intra e pós operatórias (AESOP, 2012). Como em qualquer área da enfermagem, a enfermagem perioperatória é orientada pelo processo de enfermagem, através do qual o profissional aplica *"(...) conceitos e teorias de enfermagem (...), para que ofereça um fundamento racional para a tomada de decisões, julgamentos relações interpessoais e ações"* (George, 1993 p. 36).

2. ENQUADRAMENTO

A Teoria de Enfermagem trata-se do conhecimento mais sistemático sobre a Enfermagem, sendo por isso considerada vital para a disciplina e para profissão (Tomey e Alligood, 2004).

“A construção de teorias de enfermagem é a formalização de tentativas de descrever, explicar, prever ou controlar estados de relações em enfermagem (fenómenos de enfermagem)” (Tomey e Alligood, 2004 p. 35).

Os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, constituem o metaparadigma de Enfermagem, ou seja, os principais conceitos desta disciplina. Estes permitem analisar os vários trabalhos teóricos de Enfermagem de forma sistemática, facilitando a percepção do crescimento da ciência de Enfermagem e do conhecimento a si inerente (Tomey e Alligood, 2004). *“A pessoa pode representar um indivíduo, uma família, uma comunidade ou toda a humanidade. Neste contexto, a pessoa é aquele que recebe o cuidado de enfermagem. A saúde representa um estado de bem-estar decidido, mutuamente, pelo cliente e pela enfermeira. O ambiente pode representar os arredores imediatos, a comunidade ou o universo com tudo o que contém. A enfermagem é a ciência e a arte da disciplina.”* (George, 2000 p. 11).

O desenvolvimento de Teorias de Enfermagem, de forma sistematizada, contribuiu para o avanço da Enfermagem e conduziu ao seu progresso enquanto ciência. Como tal é relevante tornar explícito as fases implícitas no desenvolvimento das teorias. Segundo Tomey e Alligood (2004), Hage identificou seis elementos de uma teoria completa, sublinhando a sua importância. O primeiro elemento é constituído pelos conceitos. Estes são os componentes base da teoria, classificando os fenómenos discutidos (Tomey e Alligood, 2004). Os conceitos são palavras que representam a realidade, permitindo a sua comunicação (George, 2000). Poderão ser abstratos, se não forem observáveis, ou empíricos, se poderem ser percebidos pelos sentidos (George, 2000). O segundo elemento que deve compor uma teoria trata-se dos postulados. Os conceitos tornam-se irrelevantes, se não tiverem relacionado com um conjunto de postulados que os interligam (Tomey e Alligood, 2004). Se estes não forem claramente definidos, pode surgir ambiguidade na sua compreensão e da própria teoria, levando assim ao terceiro elemento necessário numa teoria; as definições (Tomey e Alligood, 2004). Essas definições podem ser teóricas ou operacionais. Outro elemento necessário numa teoria consiste nas ligações que surgem associadas aos postulados criados entre os conceitos, podendo estas ser também teóricas ou operacionais (Tomey e Alligood, 2004). Não menos relevante, é a fundamentação lógica na sua formulação. Segundo Hage (citado por

Tomey e Alligood, 2004), o último elemento diz respeito à ordenação. Sem a ordenação lógica de todos os componentes da teoria, não pode existir uma ordem conceptual na teoria.

Ainda neste âmbito, importa referir os critérios implícitos à análise e avaliação das teorias. Segundo Chinn e Krammer (1991), devem ser considerados cinco critérios: clareza (semântica e estrutural), simplicidade, generalidade, aplicabilidade empírica e consequências (George, 2000). O processo de análise e avaliação das teorias permite aos enfermeiros testarem e desenvolverem as teorias, levando ao alargamento dos conhecimentos da ciência de enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

“A teoria de enfermagem continua a crescer e a estimular a orientação erudita para a prática, a investigação, o ensino e a administração de enfermagem” (Tomey e Alligood, 2004 p. 720).

É nesse sentido que se sublinha que, *“O poder de uma enfermeira é aumentado através do conhecimento teórico, pois os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisões na prática profissional e é mais provável que sejam bem sucedidos. (...) Por conseguinte, a teoria conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão”* (Tomey e Alligood, 2004 p. 12-13).

3. METODOLOGIA

A Revisão Integrativa é um método de revisão que permite a inclusão de diversas metodologias (ex. experimental e não experimental, combinar literatura de natureza teórica e empírica; podendo por isso afirmar-se que poderá desempenhar um papel fundamental na construção de prática baseada na evidência na área de enfermagem (Wittermore e Knafl, 2005).

Este tipo de revisão poderá ser utilizado para diversos propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias, revisão da evidência, e análise metodológica de temáticas (Wittermore e Knafl, 2005 citando Broome, 1993). Foi partindo desta instância que selecionámos a Revisão Integrativa como metodologia de revisão da literatura.

Segundo Cooper (1998), qualquer metodologia de revisão poderá ser desenvolvida segundo as seguintes fases: formulação do problema, pesquisa de literatura, avaliação dos dados colhidos, análise dos dados colhidos e apresentação dos dados (Wittermore e Knafl, 2005).

Formulação do Problema

A partir da prática diária emergiu a inquietação de que se o processo de enfermagem seria suficiente para fundamentar a prática individual dos cuidados de enfermagem desenvolvidos. É nesta linha de pensamento que surgiu a pergunta de partida:

“Que teorização tem sido desenvolvida na área de Enfermagem Perioperatória?”

Esta pergunta trata-se de uma questão que resume a necessidade de informação. É a partir desta pergunta que enunciámos duas questões que orientaram o processo de pesquisa da evidência científica, sendo elas as seguintes:

“Que Teorias de Enfermagem foram já aplicadas adequadamente ao contexto Perioperatório?”

e
“Existe alguma Teoria de Enfermagem Perioperatória?”

Pesquisa da Literatura

Para a pesquisa da literatura recorremos, enquanto instrumentos de pesquisa, às bases de dados eletrónicas: Scielo, Scielo Portugal, Isi Web of Knowledge, EbscoHost Cochrane Central Register of Controlled Trials, EbscoHost Medline with full text, B-On with full text e a PubMed.

Como limites da pesquisa utilizou-se apenas o critério da disponibilidade total do texto (full text available).

As palavras-chave definidas para a pesquisa da literatura foram: Enfermagem Perioperatória, Perioperatório, Bloco Operatório e Teorias de Enfermagem.

A pesquisa foi concretizada em inglês e português.

Na primeira fase de seleção dos estudos, que se realizou através da leitura dos títulos e resumos dos artigos, foram identificados doze artigos potencialmente relevantes para esta revisão. No entanto, nenhum dos artigos estava disponível para livre acesso. Foi possível, através da AORN, aceder a seis dos artigos selecionados, tendo sido realizada a sua leitura integral. Nesta segunda fase de seleção, foram apenas considerados relevantes cinco dos artigos, sendo eles os seguintes:

“An Interactionist's Approach to Perioperative Nursing” (Rosenthal, 1996);

“Aplying Parse's Theory to Perioperative Nursing” (Mitchell e Copplestone, 1990);

“Applying Nursing Theory to Perioperative Nursing Practice” (Gillette, 1996);

“Selecting the Perioperative Patient Focused Model” (Rothrock e Smith, 2000) e

“Self-Care Theory Application to Perioperative Nursing” (Kam e Werner, 1990).

Avaliação dos Dados Colhidos

As estratégias de análise de dados nas revisões integrativas ainda não estão claramente definidas, porém podem ser utilizados métodos de análise de dados primários que se destinam à investigação qualitativa (Wittermore e Knafl, 2005 citando Miles & Huberman, 1994; Tashakkori & Teddlie, 1998, Patton, 2002). Tendo em conta o referido, selecionamos a Análise de Conteúdo como técnica mais adequada para a análise dos dados da nossa investigação.

Ao iniciar a análise dos dados consideramos fundamental referir alguns aspetos dos cinco artigos selecionados. Todos os artigos são provenientes do AORN Journal, um periódico de referência internacional da Enfermagem Perioperatória; foram

redigidos por enfermeiros com grau de licenciatura ou doutoramento. Poderá se afirmar que o conhecimento produzido com estes artigos detêm um valor associado à experiência do(s) autor(s). Outro aspeto interessante de sublinhar é a data de publicação destes artigos. A maioria dos artigos (quatro) é da década de 90, mais precisamente dos anos de 1990 e 1996. Claramente, a teorização a nível da área perioperatória, não tem sido alvo de estudos de investigação recentemente. Por último há que salientar, que a qualidade metodológica é reduzida, pois em nenhum dos artigos ocorre um desenho explícito da metodologia, os objetivos são pouco explícitos e o resumo é deficiente ou ausente. Uma das razões que podem explicar este fato será a antiguidade dos artigos, e a menor exigência associada à produção de conhecimento científico.

A partir da leitura crítica dos cinco artigos, e de acordo com as questões de partida, utilizamos a análise de conteúdo e procedemos à categorização e definição de unidades de registo, unidades de contexto e unidades de enumeração. Distinguiram-se cinco categorias:

- Tipo de teorias sugeridas para aplicação à Enfermagem Perioperatória, segundo níveis de estrutura do conhecimento;
- Tipo de teorias sugeridas para aplicação à Enfermagem Perioperatória, segundo o seu foco primário;
- Tipo de teorias sugeridas para aplicação à Enfermagem Perioperatória, segundo a orientação da prática de enfermagem;
- Aplicabilidade da teoria à Enfermagem Perioperatória;
- Propósito da teorização.

4. RESULTADOS

Apresentação dos Dados

A partir da análise dos artigos verificamos a sugestão da aplicação, à Enfermagem Perioperatória, de teorias dos vários níveis de estrutura do conhecimento, sendo que Filosofias, Modelos Conceptuais e Teorias de Médio Alcance ocorreram com igual frequência.

No conjunto dos cinco artigos, foram identificados os cinco tipos de grupos de teorias classificadas segundo o seu foco primário, sendo elas os seguintes: as centradas no utente, as centradas no relacionamento entre o utente e o meio ambiente, as centradas nas interações enfermeira-utente, e as centradas na terapêutica de enfermagem.

O tipo de teoria, segundo o foco, sugerido para a aplicação ao perioperatório, que surgiu em maior frequência foi a centrada na interação Enfermeiro-Utente. O que surgiu em menor frequência foi a centrada no utente.

Segundo análise dos artigos, foi possível identificar os três tipos de teorias classificáveis em relação ao papel do enfermeiro na prática diária, sendo eles os seguintes: teorias orientadas para as

necessidades dos utentes, teorias orientadas para o processo de interação enfermeiro-utente, e teorias orientadas para os resultados das ações de enfermagem.

Das teorias sugeridas para o contexto perioperatório, surge com maior frequência as teorias orientadas para a interação enfermeiro-utente. Tal poderá refletir a importância da relação que se estabelece entre o enfermeiro perioperatório e o utente, no contexto complexo do perioperatório.

Após a análise dos dados e sua organização, foi possível constatar que todas as teorias referidas nos artigos poderão ser aplicadas ao contexto perioperatório. Importa sublinhar que uma das teorias abordada e descrita num dos artigos - Modelo Perioperatório focado no Utente -, se refere a um modelo conceptual desenhado especificamente para o contexto perioperatório.

Ainda de acordo com os dados, surgiram quatro contributos diferentes para a teorização na área da enfermagem perioperatória, sendo eles os seguintes: melhoria da prática de enfermagem perioperatória, melhoria da qualidade de vida do utente submetido a uma intervenção cirúrgica, evidência do papel do enfermeiro perioperatório centrado no utente, e a elaboração de um modelo teórico específico para a prática de enfermagem perioperatória.

O propósito que surgiu em maior frequência foi a melhoria da prática de enfermagem perioperatório. Os autores referiram-se ao contributo da teoria proposta para o contexto perioperatório. Considera-se interessante e relevante, o motivo da evidência do papel do enfermeiro centrado no utente. A ideia de que o enfermeiro no BO executa apenas tarefas, continua a ser uma ideia atual; nomeadamente por enfermeiros de outras áreas de intervenção.

A constatação da existência de um modelo conceptual desenhado especificamente para o contexto perioperatório - Modelo Perioperatório focado no Utente -, estruturado por uma equipa de peritos é importante, pois constitui um contributo significativo para a base de conhecimentos da enfermagem perioperatória.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise da evidência foi possível responder às três questões iniciais.

A teorização na área da Enfermagem Perioperatória não tem sido muito desenvolvida. Tal é aparente pelo número de artigos inicialmente encontrados, e as data de publicação dos artigos analisados. No entanto, podemos afirmar que têm sido aplicadas diversos tipos de teorias de enfermagem ao contexto perioperatório, nomeadamente Filosofias e Modelos Conceptuais. Podendo-se enunciar as seguintes teorias, como já aplicadas adequadamente ao contexto perioperatório:

Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem;

Teoria da Humanização de Rosemarie Parse
Teoria do Processo de Enfermagem de Jean Orlando,
Teoria Ambiental de Florence Nightingale,
Teoria das 14 Necessidades Básicas de Virgínia Henderson,
Teoria do Cuidar de Carol Montgomery
e Modelo Perioperatório focado no Utente da AORN.

Importa destacar esta última teoria, - Modelo Perioperatório focado no Utente - enquanto Teoria de Enfermagem específica para a Enfermagem Perioperatória, construído por peritos da área perioperatória.

Com esta revisão integrativa visávamos contribuir para o conhecimento científico da área da enfermagem perioperatória.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP – **Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados**. Lisboa: Lusodidacta, 2012. ISBN: 978-972-8930-16-5.

GEORGE, Julia B. – **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. ISBN (não consta)

GILLETE, Veronica A. - **Applying Nursing Theory to Perioperative Nursing Practice**. AORN JOURNAL. Vol.64, Nº2 (1996), p. 261-270

KAM, Beatrice W.; WERNER, Phyllis W. - **Self-Care Theory: Application to Perioperative Nursing**. vol.51, Nº5 (1990), p. 1365-1370

MITCHELL, Gail J.; COPPLESTONE, Christina - **Applying Parse's Theory to Perioperative Nursing: A Nontraditional Approach**. AORN Journal Vol.51, nº3 (1990), p.787-798

ROSENTHAL, Barbara C. - **An Interactionist's Approach to Perioperative Nursing**. AORN Journal. Vol.64, Nº2 (1996), p. 254-260

ROTHROCK, Jane C.; SMITH, Dale A. - **Selecting the Perioperative Patient Focused Model**. Vol.71, Nº5 (2000), p. 1030-1037

TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 5ed. ISBN 972-8383-74-6

WITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen – **The Integrative Review: Updated Methodology**. Journal of Advanced Nursing. Blackwell Publishing nº52 (2005) p.546-553 [em linha]. Consultado em 19 de Setembro. de 2013. Disponível na [www:<URL: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/abstract)

